ANNUAL REPORT
2004 - 2005

FEDERAL HEALTHCARE PARTNERSHIP

© Her Majesty the Queen in Right of Canada, 2005

Cat. No. V1-3/2005
ISBN 0-662-69080-X

106-00138/

TABLE OF CONTENTS

MESSAGE FROM THE FHP EXECUTIVE COMMITTEE CHAIR 3

EXECUTIVE SUMMARY 4

1. FHP OVERVIEW 7
   - 1.1 Mission Statement 7
   - 1.2 Background 7
   - 1.3 Description 8
   - 1.4 Structure 9
   - 1.5 Secretariat Responsibilities 10

2. OPERATING ENVIRONMENT 12
   - 2.1 Concept and Business Lines 12
   - 2.2 Objectives 13
   - 2.3 Target Population 2004-2005 15
   - 2.4 Key Results and Overall Benefits 16
   - 2.5 Challenges 17
   - 2.6 Other Areas of Support 18
     - Information Gathering and Exchange 18
     - Health Care Professional Services 19
     - Health Promotion 19
     - Home and Continuing Care 19
     - Cost of Medical and Hospital Services 19
     - Other Areas of Activity 20
     - Results-Based Management 20

3. PROGRAM INFORMATION AND PERFORMANCE INDICATORS 21

   3.1 AUDIOLOGY 23
   - 3.1.1 Joint Negotiating and Purchasing 23
   - 3.1.2 Program Management 25
   - 3.1.3 Performance Results 25
   - 3.1.4 Ongoing Activities 26

   3.2 DENTAL 28
   - 3.2.1 Joint Negotiating and Purchasing 28
   - 3.2.2 Program Management 29
   - 3.2.3 Performance Results 29
   - 3.2.4 Ongoing Activities 29

3.3 OXYGEN **30**
3.3.1 Joint Negotiating and Purchasing 30
3.3.2 Program Management 31
3.3.3 Peformance Results 31
3.3.4 Ongoing Activities 31

3.4 PHARMACY **32**
3.4.1 Joint Negotiating and Purchasing 32
3.4.2 Program Management 33
3.4.3 Performance Results 34
3.4.4 Ongoing Activities 35
3.4.5 Response to the Report of the Auditor General of Canada 35

3.5 VISION **37**
3.5.1 Joint Negotiating and Purchasing 37
3.5.2 Program Management 38
3.5.3 Performance Results 39
3.5.4 Ongoing Activities 39

3.6 EQUIPMENT RECYCLING **41**
3.6.1 Joint Negotiating and Purchasing 41
3.6.2 Program Management 42
3.6.3 Performance Results 42
3.6.4 Ongoing Activities 42

3.7 HEALTH INFORMATION MANAGEMENT **44**
3.7.1 Joint Negotiating and Purchasing 44
3.7.2 Program Management 45
3.7.3 Performance Results 45
3.7.4 Ongoing Activities 45

3.8 Federal/Provincial/Territorial (F/P/T) REPRESENTATION **46**

4 QUALITATIVE BENEFITS **47**

5 FINANCIAL HIGHLIGHTS **50**

5.1 FHP Savings and Expenditures Chart 51
5.2 Summary of Departmental Contributions 52

Appendix A: Activity Summary Chart 53
Appendix B: Performance Indicator Tables 57
Appendix C: Departmental Expenditures Chart by Program Area 59

MESSAGE FROM THE FHP EXECUTIVE COMMITTEE CHAIR

July 31, 2005

I am pleased to present to the Treasury Board Secretariat (TBS) the 2004-2005 Annual Report of the Federal Healthcare Partnership (FHP).

During this reporting period, the FHP continued to pursue key projects identified in the FHP Business Plan 2004-2007, and became involved in several new areas of interest to the partner departments. Through the collective work of the partner departments, the FHP is continually forging alliances to pilot new ideas, bringing renewed opportunities, and strengthening existing programs. Indeed, this year has brought many opportunities for the Partnership, and ultimately the need to re-define its mandate and vision to be better aligned with today's healthcare pressures. I would like to commend the partners on their commitment to working together, and on their great contribution of time and effort required when working on interdepartmental, collaborative negotiations in the field of healthcare. Of special significance was the combined effort to respond to the November 2004 Report of the Auditor General of Canada to the House of Commons, Chapter 4 - Management of Federal Drug Benefit Programs.

The FHP is about working together for improved results through more informed decision-making and better public policies with a focus on client service delivery. It is my hope that FHP will continue to serve as a model for horizontal issues management and contribute to the advancement of the Management Accountability Framework Agenda of the Government of Canada.

On behalf of the Executive Committee, I would like to thank the FHP partner departments and the FHP Secretariat for their hard work and continued commitment to this Partnership.

Associate Deputy Minister
Veterans Affairs Canada
Chair, FHP Executive Committee

MESSAGE FROM THE FHP EXECUTIVE COMMITTEE CHAIR

July 31, 2005

I am pleased to present to the Treasury Board Secretariat (TBS) the 2004-2005 Annual Report of the Federal Healthcare Partnership (FHP).

During this reporting period, the FHP continued to pursue key projects identified in the FHP Business Plan 2004-2007, and became involved in several new areas of interest to the partner departments. Through the collective work of the partner departments, the FHP is continually forging alliances to pilot new ideas, bringing renewed opportunities, and strengthening existing programs. Indeed, this year has brought many opportunities for the Partnership, and ultimately the need to re-define its mandate and vision to be better aligned with today's healthcare pressures. I would like to commend the partners on their commitment to working together, and on their great contribution of time and effort required when working on interdepartmental, collaborative negotiations in the field of healthcare. Of special significance was the combined effort to respond to the November 2004 Report of the Auditor General of Canada to the House of Commons, Chapter 4 - Management of Federal Drug Benefit Programs.

The FHP is about working together for improved results through more informed decision-making and better public policies with a focus on client service delivery. It is my hope that FHP will continue to serve as a model for horizontal issues management and contribute to the advancement of the Management Accountability Framework Agenda of the Government of Canada.

On behalf of the Executive Committee, I would like to thank the FHP partner departments and the FHP Secretariat for their hard work and continued commitment to this Partnership.

Associate Deputy Minister
Veterans Affairs Canada
Chair, FHP Executive Committee

EXECUTIVE SUMMARY

The Federal Healthcare Partnership (FHP), formerly the Health Care Coordination Initiative (HCCI), was created in 1994 as a partnership of federal departments providing healthcare services to specific groups of Canadians with the goal of extending cost savings through the process of collective federal department purchasing of selective healthcare products/services.

The FHP has since evolved and with its six permanent partner departments, agencies and organizations, is now collaboratively examining the strategic impact of various issues on the provision of health services within the jurisdiction of all of the partners. The FHP has two main goals: to achieve economies of scale while enhancing the provision of care, and to provide strategic issues leadership.

There is a high potential for cost savings achieved through economies of scale given that annual federal healthcare expenditures amount to over $3.1 billion per year for a client base of over 1 million Canadians. Included in these purchases are items ranging from over-the-counter medications to high cost diagnostic equipment, and purchases of consulting and health services. In March 2005, the FHP created a Charter outlining a new focus and structure for the Partnership which ultimately aims to create even greater efficiencies and transparency of its accountability frameworks than were achieved in its first ten successful years. The FHP 2007-2010 Business Plan, anticipated for publication in September 2006, will detail these changes.

The core program areas covered by the Partnership in FY 2004-2005 were audiology, dental care, oxygen therapy, pharmacy, vision care and the medical equipment recycling program. More recently, the focus of the Partnership has broadened to include the coordination of strategic issues in the federal health jurisdiction including coordinated input to the development of Federal/Provincial/Territorial health policy, the Management of Federal Drug Benefit Programs (in response to the November 2004 Auditor General's Report) and the coordination of the federal health jurisdiction contribution and participation in the development of a pan-Canadian electronic health record with Canada Health Infoway and other agencies.

The cooperative efforts of the FHP partner departments produced costs savings of over $16.8 million for the period covering 2004-2005. As part of the total savings for 2004-2005, the renewal of a national Memorandum of Agreement (MOU) for the purchase of hearing aids produced savings of over $11.8 million, Standing Offer Agreements (SOAs) for oxygen therapy yielded savings of $1.8 million and savings of over $3.6 million were achieved from the medical supplies and equipment recycling program. The partner departments continued to benefit from cost savings of over $2.2 million yearly from a pharmacy agreement in Saskatchewan.

EXECUTIVE SUMMARY

The Federal Healthcare Partnership (FHP), formerly the Health Care Coordination Initiative (HCCI), was created in 1994 as a partnership of federal departments providing healthcare services to specific groups of Canadians with the goal of extending cost savings through the process of collective federal department purchasing of selective healthcare products/services.

The FHP has since evolved and with its six permanent partner departments, agencies and organizations, is now collaboratively examining the strategic impact of various issues on the provision of health services within the jurisdiction of all of the partners. The FHP has two main goals: to achieve economies of scale while enhancing the provision of care, and to provide strategic issues leadership.

There is a high potential for cost savings achieved through economies of scale given that annual federal healthcare expenditures amount to over $3.1 billion per year for a client base of over 1 million Canadians. Included in these purchases are items ranging from over-the-counter medications to high cost diagnostic equipment, and purchases of consulting and health services. In March 2005, the FHP created a Charter outlining a new focus and structure for the Partnership which ultimately aims to create even greater efficiencies and transparency of its accountability frameworks than were achieved in its first ten successful years. The FHP 2007-2010 Business Plan, anticipated for publication in September 2006, will detail these changes.

The core program areas covered by the Partnership in FY 2004-2005 were audiology, dental care, oxygen therapy, pharmacy, vision care and the medical equipment recycling program. More recently, the focus of the Partnership has broadened to include the coordination of strategic issues in the federal health jurisdiction including coordinated input to the development of Federal/Provincial/Territorial health policy, the Management of Federal Drug Benefit Programs (in response to the November 2004 Auditor General's Report) and the coordination of the federal health jurisdiction contribution and participation in the development of a pan-Canadian electronic health record with Canada Health Infoway and other agencies.

The cooperative efforts of the FHP partner departments produced costs savings of over $16.8 million for the period covering 2004-2005. As part of the total savings for 2004-2005, the renewal of a national Memorandum of Agreement (MOU) for the purchase of hearing aids produced savings of over $11.8 million, Standing Offer Agreements (SOAs) for oxygen therapy yielded savings of $1.8 million and savings of over $3.6 million were achieved from the medical supplies and equipment recycling program. The partner departments continued to benefit from cost savings of over $2.2 million yearly from a pharmacy agreement in Saskatchewan.

A very successful example of how cost savings can be achieved through joint initiatives is that of the joint negotiations and policy work done in the area of audiology. A Memorandum of Understanding (MOU) was renewed with the The Canadian Auditory Equipment Association (CAEA) representing hearing aid manufacturers in Canada which has led to additional savings (i.e. the minimum wholesale discount increased to 17% from 15%). This MOU has been recognised for its innovative approach to negotiations as well as significant savings achieved over 2001-2005. Due to its success, the federal partners have transfered the best practice of setting product fees based on wholesale prices into other program areas such as vision care.

During FY 2004-2005, the departments commenced work on the development of a health information management strategy for the federal health jurisdiction. They agreed to work together to address such complex issues as data security, privacy protection and linkages to provincial initiatives and to explore opportunities of joint investment with Canada Health Infoway Inc. Departments, not regular members, such as Social Development Canada (SDC) and Transport Canada (TC) are participating in this activity as they also have initiatives being brought forward related to the use of personal health information.

In 2004, the FHP continued to participate in a number of Federal/Provincial/Territorial (F/P/T) committees on healthcare issues such as pharmacy, continuing care and interprovincial health insurance agreements. The FHP Secretariat, or member department representatives acting on behalf of the FHP, participated in several initiatives, a sample of which follows:

- Common Drug Review Committee (CDR)
- Advisory Committee for Pharmaceuticals
- Canadian Expert Drug Advisory Committee
- Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment
- Canadian Optimal Medication Prescribing and Utilization Service (COMPUS)
- Federal Pharmacy and Therapeutics Committee
- Infoway CIO Forum
- Home and Continuing Care Working Group
- Infoway EHR Steering Committee
- Infoway Electronic Health Record Blueprint Evolution Working Group
- Infoway Privacy and Security Architecture Working Group
- Infoway CERX Working Group
- Infoway End User Acceptance Strategy Working Group
- Infoway Diagnostic Imaging Working Group
- Infoway Client Registry Working Group
- Canadian Standards Association Z295 (Health Informatics) Working Group
- FHP Health Information Management Working Group
- Health Canada Health Portal Steering Committee
- Federal Dental Care Advisory Committee
- Interim Federal Health Program Advisory Committee
- Federal Comparable Health Indicators Committee

Partner departments attest to the qualitative benefits that have arisen due to the FHP. The networking and exchange of information related to program research and analysis, industry intelligence and program management led to more evidence-based policy decision making which, in turn, resulted in better support to Ministers. Some of the most beneficial outcomes gained through the partnership are increased access to expertise, increased access to wider databases, improved communication creating stronger connections, collaborative planning and access to additional or shared resources, educational and health promotional tools, increased opportunities, and better understanding of departmental programs, and client needs. Concrete examples of qualitative benefits are provided in Section 4 of this report.

Since its inception, the FHP has worked on a growing number of interdepartmental, collaborative negotiations in the field of healthcare. In 2004/2005, the FHP developed and implemented or administered seven separate agreements in the following program areas: pharmacy, audiology, vision care, and oxygen. To facilitate the ongoing evolution of this core service, FHP will develop a FHP Negotiating Plan in 2005/2006 to streamline the way negotiations are conducted among the six partner departments.

This Annual Report was prepared by the FHP Secretariat on behalf of partner departments on performance for the period of 2004-2005. Section 1 of this report contains an overview of the Partnership, and Section 2 a description of the FHP Secretariat operating environment. Section 3 contains program information and performance expectations for the activities outlined in the FHP Business Plan (2004-2007), as well as updated expectations based on the revised scope, and performance results and ongoing activities for which results are expected in future years. Section 4 of the Report assesses the many qualitative benefits gained through the collaborative efforts that make the FHP a successful example of horizontal management. Section 5 highlights the Partnership's financial situation. Finally, Appendix A consists of an Activity Summary Chart, and Appendix B is a summary of the Accountability Framework Performance Indicator Tables.

1. FHP OVERVIEW

1.1 Mission Statement

The Mission of the Federal Healthcare Partnership (FHP) is to identify, promote and implement more efficient and effective health care programs through the collaborative effort of all member departments. The FHP strives to achieve economies of scale while enhancing the quality of healthcare services that could not be achieved through the individual departments acting on their own.

The FHP represents all member departments in matters of a pan-Canadian nature as the Federal jurisdiction. This representation ensures that FHP member departments, with a common interest, are recognized as an active participant in pan-Canadian healthcare services issues.

1.2 Background

At the request of the TBS, VAC was asked to lead a study to examine the potential to achieve cost savings through the joint purchasing power of the federal departments and agencies involved in healthcare. The study was undertaken in a climate of fiscal restraint to achieve previously announced reductions in spending and to identify new opportunities for additional savings. The study concluded that substantial savings could be realized for prescription drugs, dental care and vision care by adopting a strategy based on a coordination of effort. From this the Health Care Coordination Initiative (HCCI), now the Federal Healthcare Partnership (FHP) was created in 1994. The change in name was introduced in November 2003.

Its mandate was to advance opportunities to develop and implement strategies for the coordination of federal government and agency purchasing of healthcare services and products for their eligible clients at the lowest possible cost. The FHP Secretariat was set up to coordinate the interdepartmental activities associated with achieving its mandate. Funding for the FHP is derived through a special budget from VAC.

The FHP has since evolved, and partner departments have been building on the experiences gained thus far. The partners are now collaboratively examining the strategic impact of various issues on the provision of health services within the jurisdiction of each partner. Further, the FHP is currently carrying out many of the activities outlined in its Business Plan covering the period 2004-2007 to achieve economies of scale, as well as expanding its scope to meet today's healthcare pressures, and taking on the role of strategic issues leadership.

1.3 Description

The federal government purchases a wide range of healthcare supplies and services to deliver its many health programs. These purchases amount to over $2.5 billion dollars per year and cover thousands of items ranging from over-the-counter medication and expensive diagnostic equipment to the services of health professionals. A partnership was formed among departments and agencies with common interests to minimize inefficiency and duplication of effort that are inevitable when stakeholders with shared interests operate independently or at cross purposes.

By virtue of the *Constitution Act* or other federal laws, regulations and policies, the following specific populations are provided health services by the federal government:

- First Nations and Inuit individuals;
- eligible Veterans (for services that are not already insured in the provinces);
- members of the Canadian Forces;
- Regular Members of the Royal Canadian Mounted Police and eligible retired members;
- federal inmates; and
- refugee protection claimants, sponsored convention refugees, and individuals detained by Citizenship and Immigration Canada.

The health programs are managed by six permanent members of the FHP. These departments have a common goal of managing cost-effective health programs for their constituencies while respecting their unique departmental mandates. It is the pursuit of this common goal that generated the need for the Federal Healthcare Partnership.

The permanent members of the FHP are the Department of National Defence (DND), Health Canada (HC), Veterans Affairs Canada (VAC), the Royal Canadian Mounted Police (RCMP), Correctional Service Canada (CSC), and Citizenship and Immigration Canada (CIC). The departments and organizations that participate in areas of interest to them are the Treasury Board Secretariat (TBS), Public Works and Government

Services Canada (PWGSC), and Canada Health Infoway (CHI). TBS provides an advisory role to the FHP Secretariat and departments, while PWGSC is the contracting authority for the participating departments.

The two main goals of the FHP are to achieve economies of scale while enhancing the provision of care, and provide strategic issues leadership.

Departments and agencies, other than those named above, may join the FHP. As it commits to the FHP, each such department and agency will decide in which activities, projects or programs it will participate and how it will contribute to the objectives and key results of the FHP.

1.4 Structure

Prior to March 2005, the date when a new FHP governance structure was implemented, the FHP operated through the work of two major committees - the Executive Committee and the Working Committee who reviewed the progress of the Partnership and provided direction on specific proposals for coordination. The FHP Secretariat provided support for the overall initiative, coordinated all activities and provided project management expertise. However, since the change in structure, FHP activities are now supported by four main bodies: the Executive Committee, the Management Committee, the FHP Secretariat, and various permanent or ad hoc Working Groups.

The Executive Committee comprises the six permanent members at the ADM level. It approves the FHP Charter, appoints the FHP Executive Director, approves the FHP Business Plan or changes to the approved Business Plan on recommendation of the Management Committee or Executive Director of the Secretariat and approves the formation of all permanent Working Groups. The Chair of the Executive Committee is the Associate Deputy Minister of Veterans Affairs Canada (VAC).

The Management Committee is comprised of senior representatives of the six permanent members, generally at the Director General level. It is chaired by and provides guidance and advice to the FHP Executive Director concerning the interests of member departments. The Management Committee members represent their departmental functional authority at all meetings and advise their functional authority on all issues arising from the business of the FHP.

The FHP Secretariat manages the operational activities of the FHP, and reports directly to the Associate Deputy Minister, VAC. Located in offices within Veterans Affairs in Ottawa, it supports the overall initiative, coordinates all activities and provides project

management expertise. The Secretariat, in association with the Executive Committee, identifies opportunities for collaboration and prepares the FHP Business Plan. On direction of the Executive Committee or Management Committee, the Secretariat solicits nominations for delegates to Working Groups or the Secretariat may undertake specific projects in order to achieve business objectives. The Secretariat facilitates and supports the work of the Management Committee, and leads and directs the activities of the Working Groups and manages their activities in order to ensure that business objectives are attained.

Permanent Working Groups are established on the direction of the Executive Committee to undertake necessary work to achieve the objectives of the FHP. Ad hoc Working Groups may be established on the approval of the Management Committee or Executive Director in order to perform activities. The Chair of a Working Group is appointed by the Executive Director of the FHP. The activities and progress of each Working Group shall be provided to the Executive and Management Committees through the Executive Director.

1.5 Secretariat Responsibilities

The FHP Secretariat is responsible for the overall coordination of the Partnership, supporting the Executive Committee, the Management Committee and various permanent or ad hoc Working Groups, and offering or organizing necessary training opportunities. The Secretariat provides negotiating leadership, and receives (from partner departments) healthcare costs and payment data for analysis in support of negotiation processes, and for the assessment of the impact of the Partnership activities. All uses of departmental data are subject to the approval of individual departments. The FHP Secretariat is also responsible for monitoring the performance of the joint activities and ensuring the accountability structure is followed. In order to reduce the reporting burden on the partner departments, the Secretariat compiles and consolidates information on behalf of the partner departments for inclusion in special and periodic reports, the FHP Annual Reports, and Three-Year Business Plans that are submitted to the Treasury Board Secretariat of Canada.

In summary, the Secretariat:

- promotes and supports synergies and information-sharing among member departments in order to identify common opportunities for collaboration, and to harmonize work/effort;
- ensures a coordinated and collaborative approach among partner departments and other relevant stakeholders on strategic health-related matters that need to be situated in a larger federal jurisdiction context;
- coordinates the gathering, maintenance and analysis of information in support of initiatives, strategic planning, business planning and preparation of periodic reports;
- coordinates/schedules and facilitates Executive Committee meetings, Working Committee(s) meetings and FHP activities including agendas and records of discussion and decisions;
- facilitates and participates in the FHP strategic planning process;
- cultivates relationships with partner organizations and other stakeholders.

2. OPERATING ENVIRONMENT

2.1 Concept and Business Lines

The Partnership follows a concept that fits well with the current move to horizontal management. It is the notion of sharing information and analysing results in order to identify common opportunities for collaboration and harmonization of work and effort that perhaps best captures the most important benefits of the FHP.

As participating departments became more involved with FHP activities and continued to exchange information, they found that collective analysis and discussion of this information provided them with a significant degree of leverage and knowledge in dealing with providers of healthcare goods and services. In turn, this gave them a more strategic bargaining position, greater purchasing power and opportunities for potential cost savings.

The FHP pursued business lines that include 1) joint negotiations for the purchase of healthcare supplies and services and 2) joint program management in the program areas of audiology, dental care, special equipment recycling, oxygen therapy, pharmacy and vision care during this reporting period. Business line activities relating to these program areas remain the core commitment of FHP and continue to produce results against the intended mandate.

FHP continued to be involved in establishing the means required to ensure continued dialogue, communication and representation of federal healthcare delivery departments' interests at appropriate F/P/T committee and sub-committee meetings, and was, and continues to be, involved in developing the Federal Government's response to the Auditor General of Canada's Report to the House of Commons on the Management of Federal Drug Benefit Programs.

These activities are discussed in detail in Sections 2.6 and 3 of this Report.

2.2 Objectives

Prior to the change in FHP governance in March 2005, the Partnership was directed by the following objectives:

- ✓ To identify the opportunities for coordination of the provision of specific health care supplies and services among participating federal departments and agencies.
- ✓ To create a competitive environment through pilot projects for more cost effective alternatives to retail delivery of services.
- ✓ To improve information sharing and collective decision-making among participants.
- ✓ To implement joint agreements negotiated with third-party providers, professional associations, suppliers and retailers.
- ✓ To improve the health status of the clients of federal departments through joint health promotion activities and evaluation of treatment approaches.
- ✓ To improve the management of health information for federal clients.
- ✓ To represent the interests of FHP partner departments on appropriate F/P/T Working Groups.

As is true of most strategic projects or investments, an evaluation of the business value of the FHP warrants a more robust analysis than a strict focus on return on investment. The complex nature and degree of interdepartmental coordination required by the Partnership dictates an approach that integrates both quantitative and qualitative consideration.

Furthermore, with the implementation of the new governance plan in late FY 2004-2005, the objectives of the FHP have expanded and partners have agreed to focus the FHP's goals as follows:

- Achieve economies of scale while enhancing the provision of care

The FHP will actively seek to increase the efficiency and effectiveness of all activities related to the provision of health services within the federal jurisdiction through horizontal collaboration between member departments. The FHP seeks to harmonize and share efforts related to policy, knowledge management and program delivery by serving as a single body in negotiations in matters where individual departments share a common interest.

- Strategic issues leadership

The goal of the FHP is to offer a structured forum within which individual member departments have an opportunity to identify, assess and discuss federal or pan-Canadian matters of a common interest that have an impact on the activities of all, or some departments. The forum would allow member departments an opportunity to gain a better appreciation of strategic issues and to develop harmonized plans through sharing knowledge or common effort. The strengths of individual members would be leveraged where it is possible to do so. The primary goal would be for the FHP to lead and promote a collective response on behalf of the partners with respect to major federal health issues.

2.3 Target Population 2004-2005

Health Canada's Non-Insured Health Benefits Program (HC-NIHB) provided supplementary health benefits to approximately 765,000 eligible First Nation and Inuit people, during this reporting period, to meet medical and dental needs not covered by provincial/territorial healthcare or social programs or other plans. Health expenditures for First Nations and Inuit Health Programs are estimated at $1.68 billion of which NIHB accounted for an estimated $767 million for this reporting period.

Veterans Affairs Canada (VAC) provides eligible war Veterans and former Canadian Forces member clients with health care benefits and supplements to provincial coverage. In 2004-2005, approximately 138,000 clients were eligible for such benefits with total expenditures of approximately $800 million.

The Department of National Defence (DND) and the Royal Canadian Mounted Police (RCMP) have comprehensive responsibility for healthcare for their members, and thus provide the full range of health services to their members both in Canada and abroad. This includes insured services such as routine health care and non-insured services such as pharmaceuticals and health promotion. In FY 2004/2005, the RCMP had approximately 16,625 members and 3,700 retired members eligible for healthcare benefits and spent approximately $51 million, while DND had approximately 61,534 Regular Force personnel and 30,000 reserve and foreign national members with varying degrees of eligibility totalling approximately $735 million in health expenditures.

In FY 2004/2005, the Correctional Service of Canada (CSC) was charged with meeting the essential health needs of its community of 12,623* federal inmates in Federal institutions in FY 2004/2005, with health expenditures at approximately $130.8 million.

*(*This number suggests a static situation and so does not reflect either the 8,015 new admissions requiring assessment or the percentage of the 7,959 releases requiring health transitioning to the community.)*

Citizenship and Immigration Canada (CIC) provides essential health care to asylum seekers and refugees, totalling approximately 100,000 clients, until they have met the requirements for provincial programs. Health expenditures this FY were $48 million.

It should be noted that the Canadians and immigrants for whom CSC, CIC, DND, and RCMP are responsible are excluded from the definition of "insured person" under the *Canada Health Act*.

Annual Health Expenditures per Partner Department for 2004-2005

Department	Eligible Number of Clients for 2004-2005	Health Expenditures for 2004-2005 ($ Millions)	Annual Health Expenditures for FHP partner departments include :
VAC [1]	138000	800	1. **VAC** provides eligible war Veterans and former Canadian Forces member clients with health care benefits and supplements to provincial coverage.
HC NIHB [2]	765000	767.2	2. **HC's Non-insured Health Benefits Program** provides supplementary benefits to meet medical and dental needs not covered by provincial and territorial plans for First Nations and Inuit people. FNIHB total expenditures for 2004-05 are estimated to be $1.68B of which the non-insured portion is estimated at $767M.
RCMP [3]	16625 3,700	48.6 2.8	3. **RCMP** provides the full range of health services to their regular members. Eligible clients include 16,625 eligible employees and 3,700 pensioners with disabilities (total of 20,325).
DND [4]	91534	735	4. **DND** has approximately 61,534 Regular Force personnel and 30,000 reserve and foreign national members with varying degrees of eligibility.
CSC [5]	12623*	130.8	5. **CSC** meets essential health needs to a standard normally available in the community. **This number suggests a static situation and so does not reflect either the 8,015 new admissions requiring assessment or the percentage of the 7,959 releases requiring health transitioning to the community.*
CIC [6]	100000	48	6. **CIC** provides essential health care to asylum seekers and refugees until they have met the requirements for provincial programs **CIC** is not an active participant of the FHP, but has expressed an interest in keeping informed of developments. Therefore, no reference to this department is made in the activities or estimates that follow.
TOTALS	1,127,482	2,532.4	

It should be noted that while there have been significant health cost increases occurring in the public health sector, so too have there been dramatic increases in the health costs to federal departments tasked with providing services to its over 1 million clients.

2.4 Key Results and Overall Benefits

The FHP follows a defined Accountability and Reporting Framework which provides a means of measuring for key results stemming from the collaborative activities amongst the FHP partner departments. As part of this Accountability Framework, a collective Work Plan is completed by partner departments on a yearly basis and information on the results of these planned activities are collected on an ongoing basis. Appendix A of this Report lists the activities planned by area of involvement for the 2004-2005 reporting period, summarizes the progress of each activity and compares actual savings against forecast savings from the Estimated Savings Chart of the FHP Business Plan 2004-2007. Appendix B provides a synopsis of the information gathered on an ongoing basis on the joint purchasing/negotiating and joint program management activities. These tables demonstrate how, by engaging in these joint activities, participating departments and agencies are achieving their strategic outcomes of:

- increased coordination amongst all FHP partners;
- cost savings/containment without compromising the quality of care.

2.5 Challenges

Negotiations with private sector healthcare associations are challenging, particularly after many years of governmental financial restraint. Carrying out these negotiations and other activities across departments, each with their own mandate and operational protocols, adds tremendous complexity to the task.

At a time when funds are increasingly scarce, it is vital that organizations sharing similar objectives learn to work horizontally with the vision to achieve greater objectives than would be possible on their own. One of the most challenging aspects of collaboration is finding organizations that are willing and agreeable to work together on a given project. Yet, even when counterparts are found, challenges to achieving a common objective often come in the form of differences among the parties in terms of policy requirements, legal foundations, operational requirements, technology, client demographics, declining resources, diverse organizational cultures, and political pressures. The work then becomes highly-complex involving interactions between departmental representatives who may be geographically dispersed, and/or have varying levels of authority to act. These challenges all add to the time required to negotiate contracts and implement programs.

Furthermore, the benefits of working horizontally cannot be measured only in terms of quantitative benefits, as the many qualitative benefits form a large part of the overall value of the Partnership. Section 4 of this Report provides a summary of these qualitative or non-tangible benefits of successful collaboration, while Section 5 takes a look at the quantitative benefits achieved through actual cost savings and avoidance of cost increases.

In order for the Federal Healthcare Partnership to achieve effective collaboration and success, key factors have been identified over the past years. These include senior level commitment to working together, planning activities of maximum value and ensuring workable arrangements can be made, determining appropriate funding and human resources requirements, setting objectives and ensuring sound project management.

Equally important to the success of these partnerships are trust, mutual understanding, shared values, team work, sharing of information, communication and flexibility. It is also important to address those factors needed to support collaboration, such as setting

up the proper training and performance support systems, and identifying and transforming resistance to change. Working collaboratively amongst departments demands much effort and the willingness to experiment and take risks. Conversely, there are many benefits and advantages to building on each other's strengths and resources. Partner departments have created longterm relationships and mutually beneficial outcomes through shared endeavours and resources. The lessons learned have improved decision-making and gained leverage for future negotiations.

2.6 Other Areas of Support

Information Gathering and Exchange

The FHP staff, partner departments and contractors provided cost/benefit analyses of each program area, and gathered information on the industries which operate within each of the health program sectors. Further, steps were taken to streamline the information gathering processes with departments to facilitate reporting within the FHP Secretariat. The Secretariat participated in various interdepartmental healthcare committees and health sector conferences. Information gathered in these meetings provided excellent data to partner departments for their negotiation discussions with healthcare associations or organizations, and provided FHP partners with a better understanding of industry practices across the country as well as partner departmental practices. The result was an improvement to the overall decision-making abilities of FHP partners, and increased knowledge to more successfully carry out opportunities for joint policymaking. Intelligence gathering and information sharing was further carried out with various contact sources on which FHP relies, including academia, provincial and territorial governments, and the private sector through the hiring of consultants and subject-matter experts.

FHP continues to participate in a number of joint initiatives either as a federal representative or as a resource. FHP Secretariat (FHPS) participates on the Common Drug Review Committee and the Advisory Committee for Pharmaceuticals, representing several federal departments. The National Prescription Drug Utilization Information System (NPDUIS), a partnership involving the Canadian Institute for Health Information (CIHI) and the Patented Medicine Prices Review Board (PMPRB) is establishing the first national database of publicly-funded drug plans in Canada. In this regard, FHP assisted CIHI in conveying information and coordinating information sessions regarding NPDUIS to partner departments, and has also taken an active role in conveying information concerning emerging health information standards from Canada Health Infoway to FHP member departments.

Health Care Professional Services

FHP Secretariat coordinated the work and contributed to the cost for experts (HR specialists) to gather data collected from partner departments and prepare reports to address problems that federal departments were experiencing with the recruitment and retention of health care professionals, namely physicians, psychologists, pharmacists and nurses. The goal was to gather facts for the use of the Treasury Board of Canada Secretariat negotiations in Fall 2004. The result was the development of a common strategic approach. Further, a submission was made on behalf of all departments for the pharmacist group. Although there was considerable exchange of information across departmental lines, the other healthcare groups prepared individual submissions.

Health Promotion

Departments agreed to explore the joint development of a hearing loss education/ prevention program during this reporting period. However, although this concept has merit, the partners have not identified it as a priority for further exploration for the 2007-2010 FHP Business Plan. Rather, partners may exchange policy updates on this subject intermittently. In addition, there were plans for the development of a joint Health Promotion Program to provide information and education to clients and their families on the appropriate use and the hazards of abuse of prescription drugs and oxygen therapy. However, due to conflicting priorities, these activities have been delayed.

Home and Continuing Care

In 2003, five departments (HC, RCMP, DND, INAC* and VAC) had agreed to share in the vision of the Home and Continuing Care Working Group to serve as the network for the coordination and sharing of information towards the development of Federal policy on the home and continuing care needs of Canadians who are the direct responsibility of the Federal Government. Since that time, regular quarterly meetings of the Working Group have been ongoing and have proven successful in providing a forum for liaison with other experts at the federal, provincial and community levels. Best practices were, and continue to be, both developed and shared among partner departments.

**Indian and Northern Affairs Canada*

Cost of Medical and Hospital Services

Partner departments had agreed to explore negotiating costs of services for physicians and provincially-owned/managed facilities, including hospitals, in an effort to reduce overall costs by an estimated $1.5 million over the 2004-2007 period. In addition, where

feasible, partners considered negotiating lower costs for ambulance, labs and private and specialty clinics. As a result of preliminary discussions, it was determined that this initiative would not return the benefits expected of it and, in view of other priorities, further activities were delayed.

Other Areas of Activity

Activity monitoring was ongoing in the following program areas - Pain Management, Health Promotion, Mental Health, and Orthotics. However, the partner department's priorities were re-evaluated during the course of the fiscal year, and these programs were no longer considered priority for this reporting period. Further, as activity in these programs slowed, FHP fiscal and human resources were reassigned to accommodate new and pressing programs and issues.

Results-based Management

FHP continued to monitor and analyse results of all FHP activities using its Accountability Framework, and to report findings to the Treasury Board of Canada Secretariat (TBS).

3. PROGRAM INFORMATION AND PERFORMANCE INDICATORS

The FHP Secretariat is responsible for monitoring the performance of the joint activities of its partner departments, and reporting on them to the Treasury Board Secretariat of Canada. The FHP follows an Accountability and Performance Measurement Structure which articulates key outcomes for the FHP, identifies performance expectations and follows a performance measurement approach for each of the planned activities. The key *Strategic Outcomes* of the FHP are to a) achieve economies of scale while enhancing the provision of care and b) provide strategic issues leadership. Towards the realization of these Strategic Outcomes, the partner departments ensure the undertaking and implementation of a number of activities within specified time frames, as outlined in the Action Plan in Appendix B of this Report. In this Section, activities are presented by Business Line : *1) Joint Purchasing and Negotiating activities and 2) Joint Program Management activities*. The outcome of the activities in each business line is measured through a number of performance indicators as listed below. The following pages are a review of the outcomes of these activities by business line for each area of involvement.

Strategic Outcome : Cost reduction/containment without compromising the quality of care of clients through:

Business Line 1: **Joint Purchasing and Negotiating of Healthcare Supplies and Services activities resulting in:**

- Savings through the implementation of joint agreements involving at least two departments, and health care providers for the purchase of health care supplies and services;
- Target cost savings are being met without compromising the quality of care to clients;
- Minimizing cost increases;
- Achieving savings through economical use of departmental resources and avoidance of duplication of effort.

3. PROGRAM INFORMATION AND PERFORMANCE INDICATORS

The FHP Secretariat is responsible for monitoring the performance of the joint activities of its partner departments, and reporting on them to the Treasury Board Secretariat of Canada. The FHP follows an Accountability and Performance Measurement Structure which articulates key outcomes for the FHP, identifies performance expectations and follows a performance measurement approach for each of the planned activities. The key *Strategic Outcomes* of the FHP are to a) achieve economies of scale while enhancing the provision of care and b) provide strategic issues leadership. Towards the realization of these Strategic Outcomes, the partner departments ensure the undertaking and implementation of a number of activities within specified time frames, as outlined in the Action Plan in Appendix B of this Report. In this Section, activities are presented by Business Line : *1) Joint Purchasing and Negotiating activities and 2) Joint Program Management activities*. The outcome of the activities in each business line is measured through a number of performance indicators as listed below. The following pages are a review of the outcomes of these activities by business line for each area of involvement.

Strategic Outcome : Cost reduction/containment without compromising the quality of care of clients through:

Business Line 1: **Joint Purchasing and Negotiating of Healthcare Supplies and Services activities resulting in:**

- Savings through the implementation of joint agreements involving at least two departments, and health care providers for the purchase of health care supplies and services;
- Target cost savings are being met without compromising the quality of care to clients;
- Minimizing cost increases;
- Achieving savings through economical use of departmental resources and avoidance of duplication of effort.

Strategic Outcome : Increased coordination of all FHP partners through:

Business Line 2 : Joint Program Management activities resulting in:

- Better access to program information among partner departments;
- Increased individual partners' knowledge of their programs' cost savings;
- More consistent, efficient and effective management of program delivery;
- Enhanced FHP partner ability to provide cost/benefit analysis and make interdepartmental comparisons;
- Increased knowledge and understanding of industry practices;
- Improved decision-making to senior management;
- Access to departmental and expert knowledge;
- Streamlined operational processes and collaboration;
- Combined resources for joint projects.

During FY 2004/2005, a review of the existing management and reporting processes were initiated to ensure that the most efficient and effective processes were in place for the management of partnership activities. To this end, experts were engaged to assist with an FHP initiative to strengthen and expand the management processes necessary for the ongoing FHP Secretariat role to manage FHP activities. Key areas looked at included processes related to:

- the identification of opportunities,
- monitoring work in progress,
- the cost analysis of programs and projects,
- the reporting of work that is undertaken by the FHP Secretariat to the Executive Director, Executive and Management Committees.

The implementation of the revised processes is anticipated for FY 2005-2006.

3.1 AUDIOLOGY

Expenditures for fiscal year 2004-2005 for audiology services totalled over $40 million of which approximately $37 million are attributable to VAC, $2.4 million to HC, and lesser expenditures to DND, RCMP and CSC. These departments met regularly as an audiology program management group to successfully renew a Memorandum of Understanding with the Canadian Auditory Equipment Association (resulting in savings of $11.85 million for 2004/2005), and prepared a joint presentation to a national audiology symposium. In addition, the partners continue to exchange policy advice and discuss fee increases for diagnostic services before the changes are implemented with healthcare providers. As a result, the partners became more knowledgeable about each others programs and fees, allowing them to be more strategic with Associations during fee negotiations.

3.1.1 JOINT NEGOTIATING AND PURCHASING

A Memorandum of Understanding (MOU) was renewed with the Canadian Auditory Equipment Association (CAEA) representing hearing aid manufacturers in Canada which has led to additional savings (i.e. the minimum wholesale discount increased to 17% from 15%). In addition, improvements in warranties for children's hearing aids were achieved such that the loss and damage warranty coverage was raised from one year to two years, resulting in additional savings to Health Canada. This is the third and continuous MOU with the CAEA. It has been recognised for its innovative approach to negotiations as well as significant savings achieved since January 2001. In fact, the Workplace Safety and Insurance Board of Ontario (WSIB), with hearing aid expenditures of approximately $24 million per year in 2004, approached the Federal Healthcare Partnership Secretariat to provide advice during its negotiations with the CAEA. Applying best practices learned from the FHP agreement, WSIB concluded their negotiations with an agreement on March 1, 2005 resulting in program savings through volume discounts below wholesale for hearing aids.

Savings data for Hearing Aids as per partner data (HC, RCMP, DND, VAC) are shown in the following table -

Audiology Savings - 2004/2005

Federal Healthcare Partnership - Audiology Savings - 2004-2005				
Data Source - Department Data Reports - Actuals - Sent by Audio Program Management Working Group Representatives				
Savings Portion #1 - Difference (Average Retail - Average Wholesale)	**DND**	**HC**	**RCMP**	**VAC**
Savings for Analog Non-Programmable Hearing Aids	$ 0.00 0 units x $85	$ 34,255.00 403 units x $85	$ 0.00 0 units x $85	$ 47,770.00 562 units x $85
Savings for Analog Programmable Hearing Aids	$ 450.00 3 units x $150	$ 160,200.00 1068 units x $150	$ 300.00 2 units x $150	$ 128,100.00 854 units x $150
Savings for Digital Hearing Aids	$ 55,950.00 373 units x $150	$ 282,900.00 1886 units x $150	$ 22,800.00 152 units x $150	$ 4,384,800.00 29,232 units x $150
Total Savings - Portion #1	$ 56,400.00	$ 477,355.00	$ 23,100.00	$ 4,560,670.00
Savings Portion #2 - Difference (Average Wholesale - Average Volume Discount)				
Savings for Analog Non-Programmable Hearing Aids	$ 0.00 0 units x $92.59	$ 37,313.77 403 units x $92.59	$ 0.00 0 units x $92.59	$ 52,035.58 562 units x $92.59
Savings for Analog Programmable Hearing Aids	$ 363.72 3 units x $121.24	$ 129,484.32 1068 units x $121.24	$ 242.48 2 units x $121.24	$ 103,538.96 854 units x $121.24
Savings for Digital Hearing Aids	$ 75,506.39 373 units x $202.43	$ 381,782.98 1886 units x $202.43	$ 30,769.36 152 units x $202.43	$ 5,917,433.76 29,232 units x $202.43
Total Savings - Portion #2	$ 75,870.11	$ 548,581.07	$ 31,011.84	$ 6,073,008.30
Total Savings - Portion #1 + Portion #2	$ 132,270.11	$ 1,025,936.07	$ 54,111.84	$ 10,633,678.30
Grand Total Savings for All Departments	**$ 11,845,996.32**			

A review for enhancing and updating the management and reporting processes for the audiology program including the report on savings commenced in February 2005. It is anticipated that results of this work will be included in the process to streamline FHP negotiations in 2005/2006, and could result in changes to the savings being reported for this program area, e.g. the savings do not reflect increases in service rates which accompanied the savings on aids themselves.

3.1.2 PROGRAM MANAGEMENT

HC, VAC, DND and RCMP established an Audiology Program Management group that met three times over the fiscal year to exchange information and advice on their program priorities and initiatives. On May 6, 2004, they completed a joint presentation of their audiology programs to the Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists. This event was strategic for the partners, allowing them to emphasize, at the most important annual meeting of the national body representing audiology professionals from across Canada, how their programs are working together. Through coordinated presentations, they emphasized the consistencies in their programs and provided context and information for the differences that need to exist due to the differences in their client populations and funding frameworks.

The Departments met again in June and July 2004 to prepare a strategy for negotiations with the CAEA for hearing products and services. In addition, they began the work of identifying the components for a potential national strategy for negotiations of diagnostic service fees. All partners agree that more consistency in diagnostic fees would be desirable. This area of potential collaboration will be brought forward for further analysis once it is confirmed as an interdepartmental priority through the FHP Business Planning process.

The Audiology Program Management group offers the partners a formal structure for information sharing and policy advice. As a result they are working together more efficiently in fee negotiations, and are striving towards more consistency in program development initiatives. For instance, VAC presented its plan for a diagnostic fee increase in late 2004, in advance of its implementation. This allowed DND the opportunity to consider a similar increase and remain consistent with its VAC partner, with whom they share common clients. In addition, HC and the RCMP had the opportunity to understand the rationale for VAC's decision and prepare for any upward pressure they may experience on their programs.

3.1.3 PERFORMANCE RESULTS

DND, HC, the RCMP and VAC renewed their national Memorandum of Understanding (MOU) with the CAEA. The participating departments achieved savings of approximately $12 million for 2004-2005, an increase in savings of 20% over the previous fiscal year. Two factors - increased volume (especially HC and VAC) and HC's move into better digital technology at a lower price - have contributed to this result.

The Audio MOU has been recognised for its innovation as well as in significant savings of approximately $ 28 million over the Life to-date of the understanding (January 2001 - March 2005). The partner departments set out to establish wholesale prices for hearing aid products that ensured discounts below retail proportionate to their combined business volume through this MOU. The CAEA representing hearing aid manufacturers in Canada raised concerns that due to the significant size and percentage of business (the federal departments represent 10% of the total Canadian market for purchases of hearing aid products) that this approach would potentially put a number of the manufacturers out of business in two years or less. The incentive for manufacturers to provide wholesale discounts would reduce as the business volume was concentrated with one or two successful manufacturers and pricing would rise as a result over time. The federal partnership agreed with the CAEA and invited them to present an offer that would achieve the goal of wholesale prices, yet allow all qualified manufacturers to share in a portion of the federal business, thereby ensuring ongoing competition within the industry. The resulting MOU works within a competitive market environment and helps to ensure a healthy and sustained industry that can continue to offer new technology at lower prices to the federal government both now and in the future. The Memorandum has ensured that the federal partners and their clients have access to all hearing aid products available in the Canadian retail market at wholesale prices, a result that could not have been achieved in the SOA approach. The MOU is administered so that wholesale prices are set directly with each manufacturer and that this is the price claimed by providers who fit clients with hearing aids at the retail level. Due to its success, the federal partners have transferred the best practice of setting product fees based on wholesale prices to other program areas such as vision care.

3.1.4 ONGOING ACTIVITIES

Activities related to the administration of the Audio MOU will include:

- an annual meeting between the FHP and the CAEA to review and discuss matters of common interest related to the MOU
- review of regular pricing updates received from the hearing aid manufacturers to ensure that they meet the terms and conditions of the MOU and that maximum savings are achieved

The Audiology Program Management Group will meet twice annually to:

- provide advance information about fee increases
- decide on the addition or deletion of benefits from a common FHP Hearing Products Benefit Grid
- share results from audit activities or reports
- review enhancing the management and reporting processes for the audiology program including any changes to the report on savings, and
- review the potential of moving towards a common national strategy for negotiations of diagnostic service fees

3.2 DENTAL

The FHP partners continued to provide services to their clients on the basis of existing individual departmental arrangements. Expenditures vary for each department totalling approximately $190 million.

For many years, departments in FHP managed their annual expenditures through strategies such as preauthorization and other limits to dental benefits. Nonetheless, departments are facing growing constraints and pressures to reduce program costs.

In 2002 and 2003, HC and VAC undertook joint program analysis and, through regular meetings and updates, coordinated the implementation of their department's dental program changes. In 2004/2005 HC and VAC maintained a common fee schedule for dentists and denturists, ensuring that cost increases were limited to the agreed upon standard and no longer driven by the difference in the departments' ability to pay.

3.2.1 JOINT NEGOTIATING AND PURCHASING

In 2002, VAC was paying between 90% and 100% of the current year fee schedules of rates paid to general practitioner dentists, and had been considering raising all fees to the 100% mark of current year's fee schedules. This change was contemplated by VAC for numerous reasons, including concerns with maintaining the quality of service to their clients, and pressures from dental associations. In addition, VAC was paying denturists 100% of their current provincial fee schedule. In 2002, HC was paying 90% or below on the previous year's fee schedules for both dentists and denturists. HC estimated that their dental program costs could have increased up to $20 million per year if they were required to raise their fees to align with VAC's proposed fee increase of 100% of the provincial associations current year fee schedules.

As a result of the partners' discussions in advance of implementing any changes in 2002, HC and VAC agreed on a strategy to work together in establishing a common standard for fees to be paid to providers of dental services. This standard was set at 90% of previous year's provincial association fee schedules for general practitioner dentists and denturists. By early 2004/2005, both departments had completed their work to implement changes to their respective programs, and achieved a common standard for fees paid to dental providers, with one exception. HC sets its fees on the provincial association's previous year's schedule, at or below 90%, while VAC maintains its fees at 90% of current year schedules.

3.2.2 PROGRAM MANAGEMENT

FHP partners established a Federal Dental Care Advisory Committee (FDCAC) in September 2000 which is funded and administered by HC through the Federal Dental Care Advisory Committee Secretariat (FDCACS). Interest in the formation of this committee is attributable to recognition by partner departments of the benefits HC has derived from their well-established Dental Care Advisory Committee (DCAC) led by HC's Non-Insured Health Benefits (NIHB). This Federal Committee functions as an advisory body of professionals that affords its partners the benefit of impartial expert advice and recommendations in areas such as dental benefits and programs, patient needs, treatment modalities, and dental education.

Early in this fiscal year, the FDCAC Secretariat and the FHP Secretariat worked closely to enhance the effectiveness and function of the FDCAC as a federal committee through a review of its Operation and Terms of Reference. As this work has concluded, the FDCAC Secretariat in HC is now solely responsible for the coordination of the FDCAC with its partner departments.

3.2.3 PERFORMANCE RESULTS

HC and VAC have now fully implemented a common standard for fees paid to general practitioner dentists and denturists. In addition, FHP has completed its work to tailor the Federal Dental Advisory Committee Operations and Terms of Reference to enhance the committee's effectiveness as a federal advisory committee.

3.2.4 ONGOING ACTIVITIES

The objectives for this area of work were met. As another FHP Business Plan is developed, this program will be reviewed as a possible ongoing priority.

3.3 OXYGEN

Oxygen therapy was included as an FHP activity based on the realization that the annual expenditures of HC and VAC on this program were markedly escalating. Total expenditures in this program area for both departments in 2004-2005 amounted to just over $7 million.

While requirements for oxygen therapy for clients of DND and the RCMP are minimal, these departments may avail themselves of any benefits arising from arrangements negotiated by HC and VAC.

3.3.1 JOINT NEGOTIATING AND PURCHASING

A unique situation existed in B.C. for the federal health departments in that it is the only province which did not provide oxygen services to federal clients. All other provinces provide oxygen service to some extent to a variety of federal clients.

HC, VAC and PWGSC developed and put into place a Regional Master Standing Offer (RMSO) for the provision of oxygen services to the Pacific (B.C.) Regional area in 2001-2002. This RMSO expired in June 2003. All suppliers agreed to extend terms and conditions of the RMSO until late Fall 2003 when the new RMSO was expected to be in place. A new RMSO went into effect in October 2003, and continued to be in effect in FY 2004/2005 yielding savings of $1.51 million for VAC.

A similar RMSO for the Prairie provinces was put in place in late Fall 2003. As there had been no previously negotiated oxygen Agreements in the Prairie provinces, estimated savings for those provinces were based on the approximate 30% reduction in expenditures with RMSO implementation in the Pacific (B.C.) Region. Based on the present HC expenditures of $1.26 million for the Prairie provinces, savings for those provinces were estimated at $400,000. These savings were not realized as federal rates negotiated through PWGSC remained high in comparison to B.C. rates and the rates paid by the provincial governments. Alternative strategies to reduce the federal rates will be explored.

Since oxygen services and clientele vary considerably from province to province, an analysis of Federal/Provincial oxygen programs across the remainder of Canada was completed to determine if there are further opportunities for savings in oxygen programs in other areas of the country. Results of this analysis indicated further opportunities in all other provinces. These opportunities will be pursued.

3.3.2 PROGRAM MANAGEMENT

In 2001-2002, HC and VAC engaged in a joint review of their oxygen therapy programs, policies and delivery approaches. The departments were able to more closely align their oxygen programs allowing them to combine service requirements resulting in greater purchasing power. Savings of $150,000 had been reported for HC in the HCCI (now the FHP) Annual Report for 2001-2002. However, further analysis of data now available indicates that the implementation of these changes resulted in an immediate expenditure reduction for HC resulting in a one-time reduction in the baseline oxygen program expenditure between FYs 2000-2001 and 2001-2002 of $949,000. Subsequent implementation of the B.C. RMSO resulted in a further expenditure reduction to the benefit of both departments. Continued alignment of HC and VAC oxygen therapy programs will preserve these savings.

3.3.3 PERFORMANCE RESULTS

Joint policy review and analysis has improved input to departmental decisions, improved decision-making regarding oxygen therapy for individual clients, and ensured more consistent policies between departments. The result was cost reduction while improving the quality of care provided. Savings from RMSOs in Pacific and Prairie Regions for HC and VAC in FY 2004-2005 amounted to $1.8 million.

3.3.4 ONGOING ACTIVITIES

Work is underway to determine other opportunities that may exist in other provinces across Canada. The analysis of federal/provincial oxygen coverage across Canada will determine the extent to which further joint negotiations will be pursued.

3.4 PHARMACY

The practice of pharmacy in Canada is regulated by the Provinces and Territories hence, 12 pharmacy associations, 12 fee guides*, and no single national pharmacare plan. In 2004-2005, prescription drug benefits and medical supplies cost the FHP partners $524 million. Pharmacy represents the largest benefit category for federal healthcare. Over 1 million eligible federal clients are entitled to receive benefits.

The majority of healthcare purchases are individual retail transactions. Each department has established client eligibility criteria for coverage of purchased healthcare products and services. In general, clients access the supplier of their choice to provide the healthcare goods or services. When a prescription is filled for a client of the federal government, the responsible department is billed directly by the pharmacist. The only exception is DND that has 90% of the prescriptions filled internally at its military pharmacies, and 10% from external pharmacies.

**There is no association or fee guide in Nunavut.*

3.4.1 JOINT NEGOTIATING AND PURCHASING

In past years, FHP provided Secretarial services to the Federal/Provincial/Territorial (F/P/T) Committee on Group Purchasing of Drugs and Vaccines. The Committee was established in 1973 at the request of the Minister of Health, to carry out, on behalf of the provincial, territorial and federal governments, an ongoing voluntary arrangement for the group purchasing of drugs and vaccines, utilizing the services of PWGSC. This committee has been reformed into two F/P/T committees, the Vaccine Supply Working Group under the Immunization and Respiratory Infections Division (IRID) of Health Canada and the Bulk Drug Purchasing group under PWGSC. The function of both groups is to determine, among other things, items to be purchased, suppliers to be solicited, the type of procurement instrument to be used and timeframes for procurement. These groups provide a forum for discussion of any pertinent issues that may affect prices, and share market/industry knowledge, which provides PWGSC with increased bargaining power in contract negotiations.

These groups, through the PWGSC contract management process, are also better able to ensure that members receive products in compliance with quality standards and norms. As a result of group purchasing and the ability to obtain lower prices from private industry for the purchase of vaccines and certain drugs, cost savings and/or cost containment have been achieved. Smaller provinces, which would otherwise have

more difficulty in negotiating lower prices if they were to do so individually, especially benefit from this purchasing mechanism. Participating federal departments include HC, DND and CSC, with DND reporting savings in the order of $165K. Data for HC and CSC were not available.

HC, VAC and RCMP signed a two-year Agreement with the Saskatchewan Pharmaceutical Association (now known as the Representative Board of Saskatchewan Pharmacists, RBSP) in July 1997. The Agreement removed the graded mark-up on prescription drugs, replaced it with a flat percentage, and removed the dispensing fee on over-the-counter prescriptions.

A second three-year Agreement was signed which commenced in July 2000. This Agreement showed progress in efforts to provide protection from the higher cost drugs. In summary, departments agreed to a higher dispensing fee in exchange for a reduced mark-up and a cap on total mark-up. Improvements have also been made to the way over-the-counter (OTC) items are purchased, with a move to a flat fee rather than mark-up, and the switch of diabetic supplies and test strips to a dispensing fee. HC, VAC and RCMP also agreed to introduce a trial prescription and "refusal to fill" program. This Agreement expired July 2003, and FHP has started the renewal process of this agreement. Due to staff changes at the Representative Board of Saskatchewan Pharmacists, negotiations were delayed. Departmental representatives met via teleconference and developed a number of negotiation strategies. As this agreement has been negotiated twice previously, it is expected that the current level of savings based on the initial baseline savings and yearly consumer price index will continue.

3.4.2 PROGRAM MANAGEMENT

FHP partners receive advice on pharmacy-related issues from a number of bodies, including the Common Drug Review (CDR) and the Canadian Expert Drug Advisory Committee (CEDAC) under the Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA), and the Federal Pharmacy and Therapeutics Committee (FP&T).

CCOHTA is funded by federal, provincial and territorial governments to facilitate the appropriate and effective utilization of health technologies within healthcare systems across Canada, and to provide timely, relevant and rigorously derived evidence-based information to decision-makers and support for the decision-making processes. The CDR and CEDAC exist under CCOHTA.

CEDAC is an independent advisory body of health and other professionals with expertise in drug therapy and drug evaluation that makes recommendations concerning

formulary listings of new drugs. The CEDAC approach is evidence-based, and the advice reflects medical and scientific knowledge and current clinical practice.

The CDR was conceived by the F/P/T Ministers of Health as a single process for reviewing new drugs and providing formulary listing recommendations to participating publicly-funded federal, provincial and territorial drug benefit plans in Canada. The CDR consists of a systematic review of the available clinical evidence, a review of the pharmacoeconomic data for the drug, and a listing recommendation from CEDAC.

Each of the drug benefit plans that participate in CDR makes its own formulary listing and benefit coverage decisions based on the CEDAC recommendation and the plan's mandate, priorities and resources. Prior to the establishment of the CDR, each plan conducted its own drug reviews and had its own committee of experts to provide listing recommendations. The CDR, therefore, reduces duplication and streamlines the system for reviewing new drugs. In addition, participation in the CDR process provides FHP partner organizations with:

- a consistent and rigorous approach to drug reviews and an evidence-based listing recommendation;
- optimized use of limited resources and expertise; and
- equal access to the same high level of evidence and expert advice.

All FHP partner organizations are participants in the CDR, with the FHPS representing CSC and RCMP; DND, HC and VAC have their own representatives.

The FP&T Committee, under Health Canada, is an advisory body of health professionals established to bring impartial and practical drug formulary advice to the FHP partner organizations, for example concerning adding new indications, forms or strengths for existing drugs. The approach of the Committee is evidence-based and reflects medical and scientific knowledge, current clinical practice, healthcare delivery and specific client health needs. The expert professional advice assures federal clients of a health program which considers their health needs, facilitates decision-making within resource allocation and fosters communications with practicing health professionals. Implementation of the recommendations made by the P&T Committee is at the discretion of each federal department in accordance with its policies and guidelines, and in accordance with the unique needs of its clients.

The Terms of Reference for the FP&T Committee are currently being examined in view of the CDR/CEDAC process.

3.4.3 PERFORMANCE RESULTS

The rates of the Saskatchewan Pharmacy Agreement, originally put in place in July 2000 and renewed in 2003, continue to achieve yearly pharmacy savings/cost

avoidance in the order of $2.2 million. These savings/cost avoidances will continue to be assumed until a new agreement, currently being negotiated, is in place to either re-validate these savings or increase them.

The goal of establishing a FP&T Committee has been met, and the exchange of information has been beneficial to all departments. The rigorous approach to drug reviews, including the insistence on an evidence based approach, has given the departments the information they need to make appropriate and defensible decisions on drug listings. With the implementation of the CDR, the participating drug plans are committed to changing their current infrastructure to reduce the duplication of effort, and integrating the CDR process into their revised infrastructures. The extent of these changes has yet to be fully explored.

3.4.4 ONGOING ACTIVITIES

The FHP partners will continue the review of the Terms of Reference (TOR) of the FP&T Committee. However, the CDR process and the federal response to the Recommendations of the Auditor General concerning Management of Federal Drug Benefit Programs need to be more fully developed before this can be finalized. FHPS will continue to participate in the CDR, and to coordinate the responses of CSC and RCMP to the F/P/T Common Drug Review process.

3.4.5 Response to the Report of the Auditor General of Canada

In 2004, the Office of the Auditor General conducted a value-for-money audit of the drug benefit programs administered by the six permanent member organizations of the FHP, and on November 23, 2004, the results of the audit were tabled in the House of Commons.

The partner organizations agreed with, and committed to addressing the Auditor General's recommendations by working collaboratively through the FHPS. In late fall 2004, under the authority of the FHP Deputy Ministers, and the Chair of the FHP Executive Committee, four Task Groups comprising representation from the six partner organizations and FHPS were established to develop the Federal Government's response to the recommendations.

The purpose of establishing the Task Groups was:

- to explore the recommendations and effective practices identified in the Report vis-à-vis the six FHP partner organizations and the six drug benefit programs they administer;

- to identify options and timelines for actioning the recommendations, and adopting effective practices across the six programs;
- to analyse the identified options, and propose preferred options to the FHP Management Committee; and
- as appropriate, to establish links with other healthcare jurisdictions and initiatives, including the National Pharmaceutical Strategy.

With coordination and leadership provided by FHPS, the Task Groups began meeting in December 2004, initially to familiarize themselves with each other's drug benefit programs. Subsequently, the Task Groups developed a comprehensive list of tasks and activities that would need to be undertaken to fully address the recommendations of the Auditor General.

Early in 2005, the Task Groups began working on those tasks and activities identified as first priorities. The first priority tasks and activities included the following:

- creating a common objective statement and developing common performance measures for both cost-effectiveness and health outcomes;
- identifying options for implementing common policies and procedures for reviewing pharmacist responses to alert messages generated by claims processing systems;
- identifying departmental requirements for 'drug utilization evaluation' (DUE), with the intent of establishing a common DUE framework;
- defining the core formulary of drugs and drug classes most common to the six programs, and a structure for cost managing the common core formulary; and
- examining the feasibility of adopting a common risk profiling and audit framework for pharmacy audits.

The desired outcome of these tasks and activities was identified as sustainable drug benefit programs that would provide improved health outcomes for eligible clients.

The FHP first level action plan, which mapped out the collaboration activities of the Task Groups to fall 2005, was submitted to the Office of the Auditor General (OAG) at the end of February 2005. Progress reports on those Task Group activities, and a second tier action plan are scheduled to be submitted to the OAG in October 2005.

Upon request, the FHP first level action plan was provided to the Public Accounts Committee (PAC) and the Standing Committee on Health following appearances before committees made by several of the FHP partner organizations. To demonstrate FHP support and solidarity, the Executive Director, FHPS, attended the committee meetings at which partner organizations were required to appear.

3.5 VISION

Total expenditures for vision care products and services for all FHP partner departments combined for fiscal year 2004-2005 amounted to $34.5 million.

Vision care covers a range of medically necessary products and services. A significant portion of expenditures in vision care is attributable to aesthetics associated with frame designs. Mark up costs are high for these products, with a wide variance in product type, which contribute to the cost drivers for this program. Partnership agreements put in place in 2000 achieved cost savings by addressing this trend, as well as achieving more consistency in client services provided. In 2001 and 2002, the partnership became aware that acquisition costs at the retail level were being reduced significantly in a competitive market, and that these savings were not being passed on to the federal departments. As a result, FHP turned its focus to developing a methodology for comparative analysis of prices for glasses. This analytical tool enhances FHP's success in negotiating caps on product fees. It also supports the departments' efforts to deliver their programs more consistently, from region to region. By 2003 and 2004, the departments realized their policies for vision care products needed to be better defined to ensure that claims were being submitted using wholesale pricing. As a result, research and negotiations were undertaken in Atlantic Canada to develop a comprehensive lab rate table with the goal of establishing maximum wholesale fees for all vision care products.

With respect to service provision, some partner departments (i.e. HC, RCMP,VAC) utilize negotiated agreements with professional associations in order that their clients may use a provider of choice, while others (i.e. DND, CSC) opt for single providers through Standing Offer Agreements (SOAs) contracted on their behalf by PWGSC.

3.5.1 JOINT NEGOTIATING AND PURCHASING

HC, the RCMP and VAC continued to work together to arrive at agreements with Optometrist Associations for optometric products and services for their clients while CSC and DND continued to use SOAs. Partner departments including Citizenship & Immigration Canada (CIC), Correctional Service Canada (CSC), Health Canada (HC), the Royal Canadian Mounted Police (RCMP) and Veterans Affairs Canada (VAC), may access DND's SOAs across the country, if they so choose.

In 2004/2005, an FHP negotiation strategy was developed and implemented in Quebec, Atlantic Canada, Saskatchewan, and Alberta.

In April 2004, HC and VAC signed their first joint Letter of Understanding with the Optometrists' Association of Quebec, successfully capping fees for two years.

In Saskatchewan and Alberta, RCMP and VAC strategically maintained a cap on their fees through the fiscal year in support of HC leading the process of negotiations with the provincial Associations of Optometrists. In February 2005, HC successfully signed an agreement with the Saskatchewan Association of Optometrists, reversing the historical trend of fee escalations amongst federal departments by leveraging HC's greater business volume to set fees that are more in line with lower provincial and retail benchmarks. HC's negotiations in Alberta should conclude early in the next fiscal year.

In addition, HC, RCMP and VAC held fee increases to a 2.3 % CPI increase for 12 months with the Atlantic Provinces' Associations of Optometrists.

In summary, a coordinated negotiation strategy for VAC, HC and RCMP led to cost savings of $64,947 in 2004/2005. Savings were achieved by capping fees, thereby avoiding an anticipated annual Consumer Price Index (CPI) increase of 2.1% in Alberta, Saskatchewan and Quebec.

3.5.2 PROGRAM MANAGEMENT

All vision care agreements include clear definitions for service fees. In this way, services provided to federal clients meet appropriate professional standards, and departments are guaranteed value for money.

The departments realized that their policies defining wholesale or acquisition costs for products needed to be better defined and communicated to ensure that claims from providers were being submitted using wholesale pricing. Research and negotiations were undertaken in Atlantic Canada to develop a comprehensive lab rate table with the goal of establishing maximum wholesale fees in all benefit categories for vision care products. It is anticipated that this table will be implemented in the next fiscal year and has already had good results in supporting comparative analysis among the partners.

Development and implementation of "bundled fee analysis" resulted in first time national interdepartmental comparisons for vision care programs which has led to more national consistency in client benefits and greater and more effective interdepartmental collaboration in vision care. In addition, national interdepartmental fee comparisons have contributed to the understanding for the need to develop a national negotiation strategy including more harmonization among the federal partners.

3.5.3 PERFORMANCE RESULTS

Over time, the partners have consistently capped fees or strategically escalated within agreed upon targets. Unfortunately, this has led to increased pressure and conflict with the Optometrist Associations whose mandate is to obtain the greatest possible fee increases for Optometrists. As a result, negotiations in some provinces including British Columbia (HC, RCMP, VAC), Alberta (RCMP & VAC) and Saskatchewan (RCMP & VAC) have not concluded with signed agreements with the provincial Optometrist Associations. Subsequently, FHP has adjusted its projected savings to more accurately reflect this trend. See the ***note*** below for more details.

Vision care agreements now include clear definitions that meet appropriate professional standards and thereby guarantee value for money. In addition, a comprehensive lab rate table was developed this fiscal year that establishes maximum wholesale fees for vision care products. Therefore, the program components of services and products are now well-defined in the ongoing work of negotiations, which contribute to program consistency in client services.

Note: The factors which resulted in significant reductions in savings compared with projected savings for 2004-2005 included the following:

1) Projected savings for a vision care agreement of approximately $1.5 million in B.C. were not achieved in 2004-2005. Despite the partnerships best efforts, the B.C. Optometrists Association would not agree to the fee reduction being offered under the terms of an agreement.

2) Savings are considered to have reached a steady state in Atlantic Canada, Saskatchewan and Alberta.

3) Due to the reporting deadline for the 2004-2007 FHP Business Plan, savings were projected on the last quarter of 2003-2004. This approach contributed to the over forecasting of the projection.

3.5.4 ONGOING ACTIVITIES

Activities within the vision care program area will include:

- ongoing administration of the Atlantic agreement including implementation of the comprehensive wholesale lab rate table;

- work towards a national negotiations strategy and program harmonization will be

explored within the partnership. This work will be contingent on the results of priority setting and cost-benefit analysis within the partnership.

3.6 EQUIPMENT RECYCLING

VAC has an equipment recycling program that has been operational since 1998. Initially begun in Ontario, the program has grown to include both the Pacific and Prairie regions. The intent of the Program was, and continues to be, to place returned medical equipment in an accessible inventory to meet the needs of VAC and other clients. Ultimately, the vision for the program, once it is fully implemented, streamlined and stabilized, is for it to expand to a national level and involve the participation of other Departments within the Federal Government. Prior to the FHP, the recycling of equipment in Veterans Affairs Canada was done independently in regions in accordance with regional standards and procedures.

To date, several partnerships have been established. Specifically, VAC participates in Pacific, Prairie, and Ontario Regions; Health Canada's Non Insured Health Benefits also participates in the Pacific Region. However, two regions - Atlantic and Quebec have not yet joined the initiative.

Private contractors are responsible for the storage, repair and redistribution of medical equipment that, after purchased new and returned to VAC by the client, is reintroduced into central tracking system located in Kirkland Lake, Ontario (established in June 2004), and redistributed to clients with similar requirements. The result for FY 2004/2005 for the program yielded savings of $3.6 million (gross savings of $4,995,580 minus expenditures of $1,393,953).

3.6.1 JOINT NEGOTIATING AND PURCHASING

Under this FHP initiative, VAC and HC Pacific (BC) Region established a Standing Offer Agreement (SOA) for recycling of medical equipment and devices through PWGSC and a pilot project was implemented for VAC in June 2002. HC joined with VAC in this FHP pilot project in the Pacific Region in December 2002 with the intent that this joint program would then be extended nationally. Progress on this activity was approximately one year behind schedule, but in FY 2004-2005, VAC and HC were drawing recycled equipment from a shared inventory. The Prairies Region (VAC) joined the Equipment Recycling program in November 2003.

3.6.2 PROGRAM MANAGEMENT

In addition to its role of program manager, FHP offered advice and support to the Equipment Recycling Program, and program training for VAC for implementation. It continuously sought to evaluate the program, both as a whole and interdepartmentally, and to make recommendations for more efficiencies and greater savings. Benefits of the program include the following:

- ✓ efficient use of personnel and resources;
- ✓ maximal use of medical equipment inventory and resources; equipment purchased by one department may be re-issued to a client of another department;
- ✓ potential for future savings (i.e. statistical analysis of electronic inventory may lead to bulk purchasing at the national level);
- ✓ visibility of inventory, specifications and condition of equipment;
- ✓ rapid identification of equipment and its location in the event of recalls.

3.6.3 PERFORMANCE RESULTS

A detailed review of the Recycling program using Blue Cross/TAPS data as the fundamental data source, costs of new equipment for comparative analysis, as well as program operational costs has shown overall estimated savings for FY 2004/2005 of over $3.6 million as a direct result of this initiative. The breakdown is as follows for the regions -

- ♦ Ontario Region - $713,399
- ♦ Pacific Region - $1,242,853
- ♦ Prairie Region - $1,645,373

Total - $3,601,625

3.6.4 ONGOING ACTIVITIES

A full review of all areas of the Equipment Recycling Program was undertaken by the FHP in November 2004 in an effort to strengthen frameworks, policy structures and accountability reporting and, ultimately, to encourage further buy-in to the program in

both VAC and in other departments. Requirements have been identified, and progress is being made both in the regions and in Head Office VAC (Charlottetown, PEI) to encourage full roll-out of this exciting and worthwhile program.

Another area of potential savings that has been identified by FHP is in the sale of surplus medical equipment. Since December 2001, Crown Asset Disposals (CAD) had officially halted all sales of surplus medical equipment due to the application of Health Canada Medical Devices Regulations (MDR) as they relate to disposal of surplus assets subject to the Regulations. The result of this action caused an influx in surplus equipment and subsequently, additional costs to the program in terms of warehousing and storage of items. Consequently, as a direct result of the FHP, a Disposal Committee was set up with the participation of four departments and the Treasury Board Secretariat to deal with these issues. In early 2005, resolution came in the form of a national approval to resume selling medical assistive devices, though with minor limitations. Potential for savings as a direct result of reducing storage costs and selling surplus equipment will be substantial. Savings will be evaluated in FY 2005/2006. Further, the question of donation to charitable organizations is now being considered.

An annual review of the recycling program will be conducted to streamline the process to evaluate and confirm savings results, and research additional potential for savings.

3.7 HEALTH INFORMATION MANAGEMENT

The development and implementation of electronic health information systems within the Federal Government, and particularly within FHP departments, present an opportunity to realize economies of scale and to share knowledge. There is a need to identify common requirements, assess opportunities for collaboration, share lessons learned or proven solutions, and to develop plans that would result in economies of scale that would not be realized by individual departments acting on their own.

The growth in electronic health information systems is being achieved primarily through the activities of Canada Health Infoway (CHI). CHI, an independent non-profit organization established by the Federal and Provincial Governments, is developing pan-Canadian standards that, when adopted, will establish interoperable electronic health information systems. Other organizations such as the Canadian Standards Association (CSA) and the Canadian Institute for Health Information (CIHI) are also establishing standards for electronic health information systems. The development of these standards has been facilitated largely through the participation of Provincial health authorities, and the participation of FHP departments, until now, has been limited. Moreover, FHP departments have not been made aware of emerging standards due to a lack of participation in the standards development process.

Departments are investing in health information management systems, and there is a need to ensure that federal health information management systems are developed in accordance with emerging standards. Accordingly, the FHP is developing an e-health strategy that will serve as a standard, or enterprise architecture plan, for the federal jurisdiction.

3.7.1 JOINT NEGOTIATING AND PURCHASING

CHI, and other standard bodies, have expressed a desire to interface to one organization within the Federal Government. Accordingly, the FHP Secretariat will represent FHP member departments at all CHI meetings. It will coordinate Federal responses for requests for information from various agencies while communicating information concerning Infoway programs and standards development work to FHP member departments.

The FHP Secretariat will develop the e-health strategy, on behalf of member departments, in close association with the Treasury Board Secretariat Chief Information Officer Staff. Some consulting, or professional services, will also be obtained by the FHP Secretariat on behalf of member departments. At this time, the FHP is assessing the feasibility of creating a Standing Offer Agreement for professional services that

could be used by all member departments that are in the process of developing and implementing information and communication technologies related to health services.

3.7.2 PROGRAM MANAGEMENT

In order to support the activities of the FHP, the FHP Secretariat staffed a CIO position, and a Health Information Management Working Group was established with representation from each member department and other departments that have expressed an interest in this activity.

3.7.3 PERFORMANCE RESULTS

The objective is to create an e-health strategy for the federal health jurisdiction over a two-year period. There are two strategic objectives:

1. The FHP will foster increased collaboration among partners with Canada Health Infoway in the development of an integrated approach to federal initiatives related to electronic health information. Particular focus will be on the electronic health record.

2. The FHP will initiate a health information strategy to define the needs of the federal health jurisdiction, avoid duplication and ensure that departments recognize and incorporate the emerging pan-Canadian electronic health information standards.

These goals are directly related to the objectives of the FHP:

- Achieve economies of scale while enhancing the provision of care and;
- Strategic issues leadership

3.7.4 ONGOING ACTIVITIES

In 2004/2005, the FHP Secretariat continued to define the baseline architecture for the federal jurisdiction. In addition, representatives from member departments were assigned to various CHI working groups to assist in the development of the pan-Canadian Electronic Health Record (EHR), and to ensure that federal requirements were incorporated into the emerging EHR blueprint. The FHP Secretariat continued to represent FHP Member Departments at the Infoway CIO forum.

3.8 FEDERAL/PROVINCIAL/TERRITORIAL (F/P/T) REPRESENTATION

FHP's mandate is to improve horizontal management of health issues at the federal level. Partner departments decided that to meet these challenges they must better connect their FHP partnership activities to both the broader Federal Health Agenda and that of the provinces and territories. Pursuant to an agreement reached in 2002 at the Deputy Minister level the FHP partner departments will be represented at a number of Federal/Provincial/Territorial (F/P/T) committees on health care issues.

This approach represents a broadening of the work done by the FHP in support of Health Canada's lead role in health policy and leadership at the national level. FHP will be responsible to identify and represent the interests of the federal health delivery departments at F/P/T committees, sub-committees and working groups, as well as to bring results back to departments. The FHP representatives will also lead or carry out the work required between F/P/T meetings.

This will provide the provinces and territories a single point of contact with federal health care delivery organizations and make most efficient use of resources. Provinces and Territories have also expressed a strong desire to work more closely with their federal counterparts in healthcare delivery.

Examples of involvement to date are FHP representation on the Common Drug Review (CDR) Advisory Committee on Pharmaceuticals, and the Canadian Optimal Medication Prescribing and Utilization Service (COMPUS), as well as a developing role in the areas of home and continuing care.

3.8 FEDERAL/PROVINCIAL/TERRITORIAL (F/P/T) REPRESENTATION

FHP's mandate is to improve horizontal management of health issues at the federal level. Partner departments decided that to meet these challenges they must better connect their FHP partnership activities to both the broader Federal Health Agenda and that of the provinces and territories. Pursuant to an agreement reached in 2002 at the Deputy Minister level the FHP partner departments will be represented at a number of Federal/Provincial/Territorial (F/P/T) committees on health care issues.

This approach represents a broadening of the work done by the FHP in support of Health Canada's lead role in health policy and leadership at the national level. FHP will be responsible to identify and represent the interests of the federal health delivery departments at F/P/T committees, sub-committees and working groups, as well as to bring results back to departments. The FHP representatives will also lead or carry out the work required between F/P/T meetings.

This will provide the provinces and territories a single point of contact with federal health care delivery organizations and make most efficient use of resources. Provinces and Territories have also expressed a strong desire to work more closely with their federal counterparts in healthcare delivery.

Examples of involvement to date are FHP representation on the Common Drug Review (CDR) Advisory Committee on Pharmaceuticals, and the Canadian Optimal Medication Prescribing and Utilization Service (COMPUS), as well as a developing role in the areas of home and continuing care.

4. QUALITATIVE BENEFITS

The FHP partner Departments have attempted to assess the qualitative benefits gained through the efforts of the Partnership. In the complex environment of the FHP, this analysis has provided a means of capturing the importance of these benefits which form the essential elements of collaborative efforts that make the FHP a successful example of horizontal management.

The following are areas in which partner departments have identified qualitative benefits associated with working horizontally:

Improved decision making through -

- More common evidence-based approach to decision-making;
- More consistent advice to senior officials and Ministers across departments, while maintaining independent decision-making by departments based on specific mandates and client needs;
- Improved quality of business planning;
- Increased confidence of decisions made as a direct result of expert advice available to partners;
- A network of intelligence via sources such as the provinces, federal departments and agencies, and experts in the private sector and academia.

Cost Savings/Cost Containment through -

- Increased efficiency of departmental resources;
- Limited duplication of effort;
- Heightened awareness of departmental expenditures;
- Improved outcomes as a result of a combined negotiation support network

Exchange of Information between departments provides -

- Inter-departmental sharing of data/information and knowledge;
- Forum for information and knowledge exchange;
- Opportunities for departments to identify benefits derived from working collaboratively;
- Enhanced awareness of departmental commonalities and possible partnership opportunities;
- Network of contacts throughout departments, and access to expert advice;
- A value-added model for horizontal management for participating organizations' program delivery.

Information Analysis provides -

- More uniform access to high-quality information on issues of common concern;
- Higher degree of information utilization on assets and resources;
- Wider access to research and databases;
- Improved awareness of departmental requirements and expenditures.

Workshops on FHP related issues provide -

- Enhanced workforce skills;
- Improved analytical and negotiation capabilities;
- Streamlining of workforce methods and training;
- Transfer of knowledge amongst co-workers.

Improved program management provides -

- A model for horizontal management of government operations;
- Enhanced departmental capabilities to provide analysis when making interdepartmental comparisons;
- Development of strategic partnerships/alliances;
- Better departmental positioning for future partnership initiatives;
- Increased business strengths/opportunities for individual departments;
- Alignment with federal government priorities and objectives;

Enhanced Business Reputations/Image by:

- More consistent treatment of claims and stakeholders;
- Improved knowledge and understanding of industry practices;
- Improved bargaining position;
- Sharing knowledge and experience between departments provides management the capacity to correct/avoid potential problems before they arise.

Partner departments continued to collaborate efforts in various areas of common interest including the development of a common federal strategy for Information and Communications Technologies (ICTs) in health. They agreed to work together to address such complex issues as data security, privacy protection and linkages to provincial initiatives, and to explore opportunities of joint investment with Canada Health Infoway Inc. Another area of common interest to the partner departments is the recent regulation of Natural Health Products (NHP). The FHP has been keeping partner departments informed of decisions being made by the Natural Health Products Directorate (NHPD), and will pursue a common approach to evaluate newly regulated NHPs for possible inclusion in federal formularies. A common approach will likely be through the Federal Pharmacy and Therapeutics Committee. However, expected demands for these items has not materialized.

A very successful example of how improved outcomes can be achieved through joint initiatives is that of the joint negotiations and policy work done in the area of audiology.

A Memorandum of Understanding (MOU) was renewed with the Canadian Auditory Equipment Association (CAEA) representing hearing aid manufacturers in Canada, and has been recognized for its innovative approach to negotiating. Due to its success, the federal partners have transfered the best practice of setting product fees based on wholesale prices into other program areas such as vision care.

A number of successful bilateral projects have also been established outside the scope of FHP that are a direct result of connections made through the networking, contacts and working relationships developed through the FHP partnership. Partner departments are given the opportunity to share information and acquire insight into common areas of interest through the network of FHP.

Through FHP, departmental pharmacy program managers have been involved in significant information exchange, resulting in coordinated policy response, greater formulary alignment and an improved awareness of emerging issues.

5. FINANCIAL HIGHLIGHTS

For the 2004-2005 reporting period, savings of over $19.4 million were achieved through agreements in audiology, medical equipment recycling, oxygen, pharmacy and vision care programs. The actual costs associated with the FHP activities were approximately $2.5 million for 2004-2005 for a net savings of $16.8 million (FHP net savings are calculated as the savings realized during the year less the costs associated with the year's activities).

The projected savings for FY 2004-2005, as based on the FHP Business Plan for 2004-2007, were $23.9 million with a net savings of $20.2 million. Although the actual net savings were lower than projected, or at over 85% of full target, the projected figures were best estimates at the time of planning, and were not fully achieved due to several factors:

- the projection was based on fully completing all planned activities on schedule for this FY reporting period, and on the assumption that there would be no conflicting priorities for partner departments, or changes in the areas of financial or human resources, whereas such changes did occur;
- projected cost savings were conditional based on the date and level of implementation of these planned activities, and precise timing of activities, which were not always possible to follow as planned;
- in some cases, the Partnership was unable to negotiate prices on agreements, or renegotiate better prices on agreements already in place, and thus unable to achieve savings as projected;
- planned activities were, in many cases, delayed, cancelled or took longer than anticipated to complete;
- partner departments revisited activities and, in many cases, reprioritized them to a lesser importance, thereby either delaying anticipated progress and savings potential, or cancelling them entirely;
- FHP was requested to take the lead role in unanticipated projects, and thus had to re-prioritize its existing programs and human resources to accommodate demands.

Explanations for each program area can be found in its respective section of this report.

5.1 FHP Savings and Expenditures Chart

	2002-2003		2003-2004		2004-2005	
	PROJECTED	ACTUAL	PROJECTED	ACTUAL	PROJECTED	ACTUAL
SAVINGS	14,900,000	11,588,000	17,630,000	19,916,045	23,883,922	19,406,608
EXPENDITURES	2,500,000	2,106,500	2,630,000	2,441,350	3,685,880	2,579,318
NET $ SAVINGS	12,400,000	9,481,500	15,000,000	17,474,695	20,198,042	16,827,290

5.2 FEDERAL HEALTHCARE PARTNERSHIP - SUMMARY OF DEPARTMENTAL CONTRIBUTIONS

DEPARTMENT	Total FHP Secretarial and Departmental Contributions (including salary, professional services, training, o & m and travel)		
	2002-2003	2003-2004	2004-2005
CSC	$38,000	$45,000	$65,000
DND	$53,375	$98,000	$91,000
HC	$590,750	$686,350	$806,318
RCMP	$58,125	$87,000	$107,300
VAC	$218,750	$255,375	$285,000
PWGSC	$100,625	$121,000	$121,000
TB	$7,700	$7,700	$7,700
CIC	$4,687	$0	$0
CIDA	$4,687	$0	$0
PCO	$5,626	$0	$0
Total Departmental Contributions	**$1,082,325**	**$1,300,425**	**$1,483,318**
FHP Secretariat Costs	**$1,016,000**	**$1,141,000**	**$1,096,000**
Total FHP Costs	**$2,098,325**	**$2,441,425**	**$2,579,318**

Departmental contributions are determined by estimating the time of departmental staff spent on FHP activities (translated into salary dollars), program-related travel, as well as O&M, professional services contracted in support of the program, and other related costs. It was agreed in the 2001-2004 HCCI (now FHP) Business Plan that Health Canada would attribute the costs associated to the Federal Pharmacy and Therapeutics Committee, as well as their Federal Dental Care Advisory Committee to the FHP. Therefore, contributions for Health Canada are considerably higher in comparison to those of other partner departments.

5.2 FEDERAL HEALTHCARE PARTNERSHIP - SUMMARY OF DEPARTMENTAL CONTRIBUTIONS

DEPARTMENT	Total FHP Secretarial and Departmental Contributions (including salary, professional services, training, o & m and travel)		
	2002-2003	2003-2004	2004-2005
CSC	$38,000	$45,000	$65,000
DND	$53,375	$98,000	$91,000
HC	$590,750	$686,350	$806,318
RCMP	$58,125	$87,000	$107,300
VAC	$218,750	$255,375	$285,000
PWGSC	$100,625	$121,000	$121,000
TB	$7,700	$7,700	$7,700
CIC	$4,687	$0	$0
CIDA	$4,687	$0	$0
PCO	$5,626	$0	$0
Total Departmental Contributions	**$1,082,325**	**$1,300,425**	**$1,483,318**
FHP Secretariat Costs	**$1,016,000**	**$1,141,000**	**$1,096,000**
Total FHP Costs	**$2,098,325**	**$2,441,425**	**$2,579,318**

Departmental contributions are determined by estimating the time of departmental staff spent on FHP activities (translated into salary dollars), program-related travel, as well as O&M, professional services contracted in support of the program, and other related costs. It was agreed in the 2001-2004 HCCI (now FHP) Business Plan that Health Canada would attribute the costs associated to the Federal Pharmacy and Therapeutics Committee, as well as their Federal Dental Care Advisory Committee to the FHP. Therefore, contributions for Health Canada are considerably higher in comparison to those of other partner departments.

Appendix A: Activity Summary Chart

Activities	Completed in 2004/05	In Progress	Yearly Savings (forecasts in brackets)[1]
Audiology:			
• CAEA agreement to be renewed - November 2, 2004	✓		**$11,850,036** ($11,113,750)
• Joint Policy Review for more standardization among partners		✓	
Dental:			**VAC may report savings in this program area**
• Common Standard for Dental Fees: • Implement program changes to achieve common standard in dental fees	Completed		

• Federal Dental Care Advisory Committee:
  • Review of Operation
  • Review of Terms of Reference
	Completed		(725,000)

Oxygen:			
• SOAs for Oxygen Therapy: • Expand Oxygen SOA to Prairie regions		✓	
• Explore expansion of Oxygen SOA to other regions and expand as determined		✓	**$1,510,000**
• Renegotiation of Pacific (B.C.) Region SOA (Expires) June 30, 2003	✓		($1,900,000)
• Health Promotion meeting to promote safe and effective use of Oxygen Therapy		✓	

Activities	Completed in 2004/05	In Progress	Yearly Savings (forecasts in brackets)[1]
Pharmacy:			
• Participation in F/P/T Vaccine Supply Working Group and PWGSC F/P/T Bulk Drug Purchasing Group		✓	$165,000
• Cognitive Services: - Meeting to develop an understanding of and common approach to payment for cognitive services		✓	
• Joint Negotiations - Review need for joint negotiations, review status of Agreements and explore other possibilities - Set Negotiation Schedule - Renegotiation of Saskatchewan Pharmacy Agreement (still underway as of 31 March 2005)		✓ ✓ ✓	**$2,215,000** ($3,700,000)
• Federal Pharmacy and Therapeutics Committee: - Review of Operation to take into consideration CDR process, Natural Health Products and OAG recommendations		✓	
Vision:			
• Joint Agreements - Maintain Joint Atlantic Agreement - Development of First Agreement for Quebec - Extension of Alberta Fee Cap - Extension of Saskatchewan Fee Cap - Common tri-party negotiation strategy in Saskatchewan	 ✓ ✓ ✓ ✓ ✓		 **$64,947** ($1,495,172)
Medical Supplies and Equipment:			
• Special Equipment Recycling Program: - Expand VAC into the Prairies - Phase HC into B.C. pilot project - Renegotiate RMSO in Pacific - Strengthen ON program - Strengthen frameworks to achieve maximum buy-in to program from other regions and departments	 ✓ ✓ ✓	 ✓ ✓	 **$3,601,625** ($4,850,000)

Activities	Completed in 2004/05	In Progress	Yearly Savings (forecasts in brackets)[1]
Information and Communications Technologies in Health:			($0)
• The identification and synthesis of information concerning FHP health information systems		✓	
• The identification of common requirements, opportunities for collaboration, sharing lessons learned or proven solutions and the development of plans and activities that would result in economies of scale that would not be realized by individual departments acting on their own		✓	
• Reviewing proposed pan-Canadian standards, identifying federal requirements that should be incorporated into pan-Canadian standards		✓	
• Providing advice and guidance to departments concerning the implementation of pan-Canadian standards and communicating information concerning developing standards to their respective departments		✓	
• Coordinating the development and implementation of investment strategies between FHP member departments and Provincial/Territorial jurisdictions through the FHP Secretariat and Infoway		✓	
• Incorporating information from Health Informatics working groups into the federal e-health strategy		✓	
• Supporting the activities of the Health Information Management Working Group		✓	
• Establishing CIO position and permanent working groups	✓		
Health Promotion: • Hearing Loss Prevention Program follow-up • Exploratory meeting of Health Promotion for oxygen therapy	The depart ments' priorities changed, therefore this activity did not proceed		($0)
Cost of Medical and Hospital Services: • Explore cost of services for physicians, and hospital and other provincially-owned/managed facilities • Explore costs for ambulance, labs and private clinics, specialty clinics (diagnostic fees)	The depart ments' priorities changed, therefore this activity did not proceed		($100,000)

Activities	Completed in 2004/05	In Progress	Yearly Savings (forecasts in brackets)[1]
Results Based Management: • Review of Work Plan 2004/05 • Negotiation Training Seminar for Partner Departments	 ✓ ✓		($0)
Total Savings for 2004-2005 from completed activities			$19,406,608 ($23,883,922)

[1] *Program savings forecast as per the Business Plan of the Federal Healthcare Partnership for the period of 2004-2007*

GOAL of Business Line 1: Joint Purchasing and Negotiating Activities (*Strategic Outcome:* Cost reduction/containment without compromising the quality of care to federal clients).

Business Line	Outputs	Target population/ Reach	Short-term effects	Long-term impacts
Purchasing arrangements for supplies and services for audiology, dental care, drugs and vaccines, oxygen, vision care	Memorandum of Understanding/SOAs for supplies and services	Departments and their clients	Operational streamlining Improved access Reduced costs	Cost reduction/ containment without compromising the quality of care
Negotiations for products and services for audiology, oxygen therapy, pharmacare, and vision care Negotiations Skills Workshop	Provider agreements Improved Negotiations, preparation and success	Departments and their clients	Reduced costs Maintained quality of products and services	Cost reduction/ containment without compromising the quality of care
Measures	SOAs, Contracts and Agreements in place	Utilization of SOAs, Contracts and Agreements by partners Re-negotiation of expiring agreements	Comparison of prices resulting from SOAs, Contracts and Agreements (Client feedback) Opinions of program managers and providers	Administrative cost savings vis-à-vis projected cost reduction/containment Actual expenditures vis-à-vis expenditure projections Information on cost/benefit analysis of the program Quality of products and services Knowledge and understanding of industry practices
Data sources	PWGSC and Departmental records Schedule of contract expiry dates Annual Reports Managed reporting systems	Transaction records from claims processors Maintenance of schedule Departmental purchasing records	Transaction records from claims processors Interviews with program managers Departmental Estimates on impact on expenditures Departmental purchasing records	Departmental records MIS data Interviews with program managers

Appendix B: Performance Indicator Tables

GOAL of Business Line 2: Joint Program Management Activities (*Strategic Outcome:* Increased co-ordination of all FHP partners).

Business Line	Outputs	Target population/ Reach	Short-term effects	Long-term impacts
Development of policies in pharma care, dental care, vision care, audiology, oxygen Federal P & T Committee and Federal DCAC Standardized claims processing Electronic health records, equipment recycling	Program policies, price files, better assurance on claims processing forms and reports, audits of providers and claims administrators, inter-connectivity of health records, recycling and inventory of medical equipment Policy recommendations	Departments and their clients	Sharing of information Better input to departmental decisions More consistent policies between departments	Increased co-ordination between all FHP partners
Measures	Existence of policies Recommendations provided Information Systems in place	Utilization of information/ claims forms by departments Adoption of recommendations/ policies by various departments	Awareness and knowledge level Opinions of program managers	Awareness of areas of divergence/commonality Joint policy development and analysis Joint purchasing agreements for supplies and services Joint service delivery
Data source	Minutes of Committees Reports of Working Groups Reports of Sub-committees FHP Annual Reports	Departmental records Transaction records and reports from claims processors Interviews with program managers	Interviews with program managers	Interviews with program managers Departmental records MIS data

Appendix C: DEPARTMENTAL EXPENDITURES BY PROGRAM AREA

Note: Figures underlined include totals whose sum includes data not available.

DEPARTMENT	AUDIOLOGY EXPENDITURES ($Millions)					
	2002-2003		2003-2004		2004-2005	
	# clients	$M	# clients	$M	# clients	$M
CORRECTIONAL SERVICE CANADA	12650	N/A	12650	0.42	12623	0.43
HEALTH CANADA	735343	2.65	749825	2.33	764523	2.37
NATIONAL DEFENCE	91936**	N/A	91465**	0.74	91534**	0.59
ROYAL CANADIAN MOUNTED POLICE	15980	N/A	16238	N/A	16625 - 3700	0.42
VETERANS AFFAIRS	120000	23.4	133000	36.4	132000	36.9
TOTALS	975909	26.05	1003178	39.89	1021005	40.71

DEPARTMENT	DENTAL EXPENDITURES ($Millions) (including supplies and services)					
	2002-2003		2003-2004		2004-2005	
	# clients	$M	# clients	$M	# clients	$M
CORRECTIONAL SERVICE CANADA	12650	2.9	12650	2.8	12623	2.8
HEALTH CANADA	735343	131	749825	134.5	764523	140.3
NATIONAL DEFENCE	91936**	11.9	91465**	18.6	91534**	19.4
ROYAL CANADIAN MOUNTED POLICE	15980	7.8	16238	8.53	16625+ 3700	9.1
VETERANS AFFAIRS	120000	17.5	133000	18.1	132000	19.3
TOTALS	975909	171.1	1003178	182.5	1021005	190.9

DEPARTMENT	OXYGEN & PERIPHERALS EXPENDITURES ($Millions)					
	2002-2003		2003-2004		2004-2005	
	# clients	$M	# clients	$M	# clients	$M
CORRECTIONAL SERVICE CANADA	12650	N/A	12650	N/A	12623	N/A
HEALTH CANADA	735343	2.02	749825	1.95	764523	2.27
NATIONAL DEFENCE	91936**	0.46	91465**	0.609	91534**	0.614
ROYAL CANADIAN MOUNTED POLICE	15980	N/A	16238	0.16	16625+ 3700	0.18
VETERANS AFFAIRS	120000	5.6	133000	5.6	132000	5
TOTALS	975909	8.08	1003178	8.32	1021005	8.06

DEPARTMENT	PHARMACEUTICALS EXPENDITURES ($Millions) (INCLUDING ALL DRUGS AND RELATED COSTS, MEDICAL SUPPLIES AND EQUIPMENT AND O & M)					
	2002-2003		2003-2004		2004-2005	
	# CLIENTS	$M	# CLIENTS	$M	# CLIENTS	$M
CORRECTION SERVICE CANADA	12650	13.6	12650	17	12623	17.2 (TBC)
HEALTH CANADA	735343	290.11	749825	326.98	764523	343.9
NATIONAL DEFENCE***	91936**	21.8	91465**	31.5	91534**	36.9
ROYAL CANADIAN MOUNTED POLICE	15980	6.5	16238	7.5	16625+ 3700	7.7
VETERANS AFFAIRS	120000	106.7	133000	111.2	132000	118.3
TOTALS	975909	438.7	1003178	494.18	1021005	524

DEPARTMENT	VISION EXPENDITURES ($MILLIONS)					
	2002-2003		2003-2004		2004-2005	
	# CLIENTS	$M	# CLIENTS	$M	# CLIENTS	$M
CORRECTIONAL SERVICE CANADA	12650	0.53	12650	0.41	12623	0.4
HEALTH CANADA	735343	22.26	749825	24.42	764523	24.6
NATIONAL DEFENCE	91936**	2.2	91465**	2.6	91534	2.2
ROYAL CANADIAN MOUNTED POLICE	15980	1	16238	1.14	16625+ 3700	1.2
VETERANS AFFAIRS	120000	6	133000	6.1	132000	6.1
TOTALS	975909	31.99	1003178	34.67	1021005	34.5

Notes:

**** DND: eligible clients include Regular Force members, Reserves and Foreign Service members.**
*****DND: In the case of pharmaceutical expenditures, the data equals the value of pharmaceuticals purchased by the CF for each year, and the costs incurred to contract with pharmacists. It does not include the value for the military pharmacists that provide services on bases. Hence, the cost may be understated. In addition, the amount represented in pharmaceuticals would include drugs purchased for inventory and not issued to patients.**

CIC's Interim Federal Health Program serves approximately 100,000 eligible clients and has an estimated expenditure of $50 million.

Pharmaceutical total program expenditures include prescription and over the counter drugs, medical supplies and equipment and operating/maintenance costs.

RAPPORT ANNUEL 2004-2005

PARTENARIAT FÉDÉRAL POUR LES SOINS DE SANTÉ

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2005

N° de cat. V1-3/2005
ISBN 0-662-69080-X

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DU COMITÉ DE DIRECTION DU PFSS 3

SOMMAIRE 4

1. VUE D'ENSEMBLE DU PFSS 8
- 1.1 Énoncé de mission 8
- 1.2 Contexte 8
- 1.3 Description 9
- 1.4 Structure 10
- 1.5 Responsabilités du Secrétariat 11

2. CONTEXTE OPÉRATIONNEL 13
- 2.1 Concept et secteurs d'activités 13
- 2.2 Objectifs 14
- 2.3 Population cible en 2004-2005 15
- 2.4 Résultats clés et avantages globaux 18
- 2.5 Défis 18
- 2.6 Autres formes de soutien 20
  - Collecte et échange de renseignements 20
  - Services de santé professionnels 21
  - Promotion de la santé 21
  - Soins à domicile et continus 21
  - Coût des services médicaux et hospitaliers 22
  - Autres secteurs d'activité 22
  - Gestion axée sur les résultats 22

3. INFORMATION SUR LES PROGRAMMES ET INDICATEURS DE RENDEMENT 23

3.1 AUDIOLOGIE 25
- 3.1.1 Négociations et achats collectifs 25
- 3.1.2 Gestion du programme 28
- 3.1.3 Rendement 28
- 3.1.4 Activités en cours 29

3.2 SOINS DENTAIRES 31
- 3.2.1 Négociations et achats collectifs 31
- 3.2.2 Gestion du programme 32
- 3.2.3 Rendement 32
- 3.2.4 Activités en cours 33

3.3 INHALOTHÉRAPIE **34**
3.3.1 Négociations et achats collectifs 34
3.3.2 Gestion du programme 35
3.3.3 Rendement 35
3.3.4 Activités en cours 35

3.4 PRODUITS ET SERVICES PHARMACEUTIQUES **37**
3.4.1 Négociations et achats collectifs 37
3.4.2 Gestion du programme 38
3.4.3 Rendement 40
3.4.4 Activités en cours 41
3.4.5 Réponse au Rapport de la vérificatrice générale du Canada 41

3.5 SOINS DE LA VUE **43**
3.5.1 Négociations et achats collectifs 44
3.5.2 Gestion du programme 45
3.5.3 Rendement 45
3.5.4 Activités en cours 46

3.6 RECYCLAGE DU MATÉRIEL **47**
3.6.1 Négociations et achats collectifs 47
3.6.2 Gestion du programme 48
3.6.3 Rendement 48
3.6.4 Activités en cours 48

3.7 GESTION DE L'INFORMATION SUR LA SANTÉ **50**
3.7.1 Négociations et achats collectifs 50
3.7.2 Gestion du programme 51
3.7.3 Rendement 51
3.7.4 Activités en cours 52

3.8 REPRÉSENTANTS FÉDÉRAUX-PROVINCIAUX-TERRITORIAUX (FPT) **53**

4. AVANTAGES QUALITATIFS **54**

5. ASPECTS FINANCIERS SAILLANTS **57**

5.1 Tableau des économies et des dépenses du PFSS 59
5.2 Partenariat fédéral pour les soins de santé - Résumé des contributions ministérielles ... 60

Annexe A : Tableau récapitulatif des activités 61
Annexe B : Tableaux des indicateurs de rendement 65
Annexe C : Dépenses des ministères par secteur de programme 67

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DU COMITÉ DE DIRECTION DU PFSS

Le 31 juillet 2005

J'ai l'honneur de présenter au Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT) le rapport annuel de 2004-2005 du Partenariat fédéral pour les soins de santé (PFSS).

Au cours de la dernière année, le PFSS a poursuivi la réalisation des projets essentiels décrits dans le Plan d'activités du PFSS 2004-2007. Il s'est aussi tourné vers plusieurs nouveaux secteurs qui intéressent ses ministères partenaires. Dans le cadre des travaux menés conjointement par les partenaires, il continue de forger des alliances et de mettre à l'essai de nouvelles idées, ce qui génère des possibilités nouvelles et permet d'améliorer les programmes. En réalité, le Partenariat a mis en lumière de nombreuses possibilités cette année et en définitive, la nécessité de redéfinir son mandat et sa vision pour mieux correspondre aux pressions sur les soins de santé d'aujourd'hui. Je félicite les partenaires de leur engagement à travailler ensemble ainsi que du temps et des efforts qu'ils consacrent aux négociations de collaboration interministérielle dans le domaine des soins de santé. Je tiens à souligner tout particulièrement la réponse coordonnée au rapport de novembre 2004 de la vérificatrice générale du Canada à la Chambre des communes, chapitre 4 - Gestion des programmes fédéraux de prestations pharmaceutiques.

Le PFSS vise à favoriser la collaboration pour améliorer les résultats grâce à la prise de décisions mieux éclairées et à l'établissement de politiques publiques améliorées qui mettent l'accent sur le service à la clientèle. J'espère que le FPSS pourra continuer de servir de modèle de gestion des questions horizontales et qu'il contribuera à promouvoir le programme du Cadre de responsabilisation de gestion du gouvernement du Canada.

Au nom du comité de direction, je remercie les ministères partenaires et le Secrétariat du PFSS de leurs efforts et de la détermination dont ils font preuve dans cette initiative.

Sous-ministre déléguée
Anciens Combattants Canada
Présidente, Comité de direction du PFSS

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DU COMITÉ DE DIRECTION DU PFSS

Le 31 juillet 2005

J'ai l'honneur de présenter au Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT) le rapport annuel de 2004-2005 du Partenariat fédéral pour les soins de santé (PFSS).

Au cours de la dernière année, le PFSS a poursuivi la réalisation des projets essentiels décrits dans le Plan d'activités du PFSS 2004-2007. Il s'est aussi tourné vers plusieurs nouveaux secteurs qui intéressent ses ministères partenaires. Dans le cadre des travaux menés conjointement par les partenaires, il continue de forger des alliances et de mettre à l'essai de nouvelles idées, ce qui génère des possibilités nouvelles et permet d'améliorer les programmes. En réalité, le Partenariat a mis en lumière de nombreuses possibilités cette année et en définitive, la nécessité de redéfinir son mandat et sa vision pour mieux correspondre aux pressions sur les soins de santé d'aujourd'hui. Je félicite les partenaires de leur engagement à travailler ensemble ainsi que du temps et des efforts qu'ils consacrent aux négociations de collaboration interministérielle dans le domaine des soins de santé. Je tiens à souligner tout particulièrement la réponse coordonnée au rapport de novembre 2004 de la vérificatrice générale du Canada à la Chambre des communes, chapitre 4 - Gestion des programmes fédéraux de prestations pharmaceutiques.

Le PFSS vise à favoriser la collaboration pour améliorer les résultats grâce à la prise de décisions mieux éclairées et à l'établissement de politiques publiques améliorées qui mettent l'accent sur le service à la clientèle. J'espère que le FPSS pourra continuer de servir de modèle de gestion des questions horizontales et qu'il contribuera à promouvoir le programme du Cadre de responsabilisation de gestion du gouvernement du Canada.

Au nom du comité de direction, je remercie les ministères partenaires et le Secrétariat du PFSS de leurs efforts et de la détermination dont ils font preuve dans cette initiative

Sous-ministre déléguée
Anciens Combattants Canada
Présidente, Comité de direction du PFSS

SOMMAIRE

Le Partenariat fédéral pour les soins de santé (PFSS), anciennement appelé l'Initiative de coordination des soins de santé (ICSS), a été formé en 1994 pour regrouper des ministères fédéraux offrant des services de soins de santé à des groupes particuliers de Canadiens. L'objectif du Partenariat est de multiplier les économies en appliquant un processus par lequel les ministères fédéraux achètent collectivement des produits et des services de santé sélectionnés.

Le PFSS a évolué depuis sa création. Aujourd'hui, ses six ministères, agences et organismes partenaires permanents examinent ensemble l'incidence stratégique de divers enjeux sur la prestation des services de santé dans les sphères de compétence de tous les partenaires. Le PFSS s'est donné deux objectifs : réaliser des économies d'échelle tout en améliorant la prestation des soins et offrir du leadership sur le plan des enjeux stratégiques.

Le potentiel d'économies réalisées grâce aux économies d'échelle est élevé, étant donné que les dépenses de services de soins de santé à l'échelle fédérale se chiffrent à 3,1 milliards de dollars par année, pour une clientèle d'environ un million de Canadiens. Parmi ces achats, on trouve tant des médicaments en vente libre que de l'équipement de diagnostic coûteux, ainsi que des achats de services de consultation et de santé. En mars 2005, le PFSS a créé une charte décrivant sa nouvelle priorité et sa nouvelle structure, lesquelles visent en définitive à réaliser de plus grandes économies et à offrir une plus grande transparence de ses cadres de responsabilisation qu'au cours de ses dix premières années d'existence, pourtant couronnées de succès. Le Plan d'activités du PFSS 2007-2010, qui devrait être publié en septembre 2006, donnera des détails sur ces changements.

Les principaux programmes visés par le Partenariat pour l'exercice 2004-2005 étaient les services d'audiologie, les soins dentaires, l'inhalothérapie, les produits et services pharmaceutiques, les soins de la vue et le programme de recyclage de l'équipement médical. Plus récemment, le Partenariat a élargi son champ d'action afin d'inclure la coordination des enjeux stratégiques dans la sphère de compétence fédérale en matière de santé, ce qui comprend la contribution coordonnée à l'élaboration de la politique fédérale-provinciale-territoriale en matière de santé, la gestion des programmes fédéraux de prestations pharmaceutiques (en réponse au rapport de la vérificatrice générale de novembre 2004) et la coordination de la contribution et de la participation du gouvernement fédéral à la création d'un dossier de santé électronique pancanadien conjointement avec Inforoute Santé du Canada et d'autres organismes.

Les efforts concertés des ministères réunis dans le PFSS ont donné lieu à des économies de plus de 16,8 millions de dollars au cours de la période 2004-2005. Au nombre des économies totales de 2004-2005, le renouvellement d'un protocole d'entente (PE) national sur l'achat de prothèses auditives a permis de réaliser des

économies de plus de 11,8 millions de dollars, les conventions d'offre à commandes (COC) en inhalothérapie se sont traduites par des économies de 1,8 million de dollars et des économies de plus de 3,6 millions de dollars ont été réalisées dans le cadre du programme des fournitures médicales et de recyclage du matériel. L'entente relative aux produits et aux services pharmaceutiques en Saskatchewan permet toujours aux ministères partenaires d'épargner plus de 2,2 millions de dollars par année.

Les négociations et le travail stratégique conjoints dans le domaine de l'audiologie représentent un très bon exemple de la façon d'obtenir des résultats en mettant en oeuvre des initiatives conjointes. Un protocole d'entente (PE) a été renouvelé avec la Canadian Auditory Equipment Association (CAEA), qui représente les fabricants de prothèses auditives au Canada. Ce PE a donné lieu à des économies de coûts additionnelles (c.-à-d. l'escompte de gros minimal est passé de 15 % à 17 %). On a d'ailleurs reconnu les bienfaits de ce PE pour son approche novatrice des négociations ainsi que pour les économies considérables réalisées entre 2001 et 2005. En raison du succès de ce PE, les ministères partenaires ont appliqué la pratique exemplaire d'établir les droits sur les produits en fonction des prix de gros à d'autres secteurs de programme, comme celui des soins de la vue.

Au cours de l'exercice financier 2004-2005, les ministères ont commencé l'élaboration d'une stratégie de gestion de l'information pour les services de santé de compétence fédérale. Ils ont convenu de collaborer à la résolution de problèmes complexes, notamment la sécurité des données, la protection des renseignements personnels et les liens avec les initiatives provinciales, et d'explorer les possibilités d'investissement conjoint avec Inforoute Santé du Canada Inc. Des ministères qui ne sont pas membres permanents, comme Développement social Canada (DSC) et Transports Canada (TC), participent à cette activité, car ils mettent également en oeuvre des initiatives liées à l'utilisation de renseignements personnels sur la santé.

En 2004, le PFSS a continué de participer à divers comités fédéraux-provinciaux-territoriaux (FPT) qui s'occupent de questions relatives aux soins de santé, telles que les produits et services pharmaceutiques, les soins de longue durée et les ententes interprovinciales en matière d'assurance-santé. Le Secrétariat du PFSS, ou des représentants de ministère membre agissant en son nom, ont participé à plusieurs initiatives, dont voici des exemples :

- Comité du processus commun d'examen des médicaments
- Comité consultatif sur les produits pharmaceutiques
- Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments
- Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé
- Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments (SCPUOM)
- Comité de pharmacologie et de thérapeutique fédéral
- Forum des DRI d'Inforoute
- Groupe de travail sur les soins à domicile et les soins continus

- Comité directeur des DES d'Inforoute
- Groupe de travail chargé des modèles de dossiers de santé électroniques d'Inforoute
- Groupe de travail chargé de l'architecture de protection des renseignements personnels et de sécurité d'Inforoute
- Groupe de travail pancanadien sur les normes CeRx
- Groupe de travail sur la stratégie d'acceptation des utilisateurs finals d'Inforoute
- Groupe de travail sur l'imagerie diagnostique d'Inforoute
- Groupe de travail sur le registre de client d'Inforoute
- Groupe de travail Z295 (informatique de la santé) de l'Association canadienne de normalisation
- Groupe de travail sur la gestion de l'information de santé du PFSS
- Comité directeur du Portail de la santé de Santé Canada
- Comité consultatif fédéral sur les soins dentaires
- Comité consultatif du Programme fédéral de santé intérimaire
- Comité fédéral sur les indicateurs de la santé comparables

Les ministères partenaires attestent les avantages qualitatifs survenus grâce au PFSS. Le réseautage et l'échange de l'information liée à la recherche et à l'analyse effectuées dans le cadre des programmes, aux renseignements industriels et à la gestion des programmes ont donné lieu à un processus décisionnel stratégique fondé sur des preuves, lequel a permis d'offrir un meilleur soutien aux ministres. Voici certains des résultats les plus bénéfiques du Partenariat : accès accru à l'expertise; accès accru à de plus grandes bases de données; meilleure communication permettant d'établir des liens plus solides; planification concertée et accès à des ressources additionnelles ou partagées; outils promotionnels de sensibilisation et de santé; plus nombreuses possibilités; et meilleure compréhension des programmes ministériels et des besoins des clients. Des exemples concrets d'avantages qualitatifs sont fournis dans la section 4 du présent rapport.

Depuis sa création, le PFSS a travaillé sur un nombre croissant de négociations de collaboration interministérielles dans le domaine des soins de santé. En 2004-2005, le PFSS a élaboré et conclu ou administré sept ententes distinctes dans les secteurs de programme suivants : les produits et services pharmaceutiques, l'audiologie, les soins de la vue et l'inhalothérapie. Afin de faciliter l'évolution permanente de ce service de base, le PFSS élaborera un plan de négociation en 2005-2006 pour rationaliser la conduite des négociations entre les six ministères partenaires.

Le présent rapport annuel a été préparé par le Secrétariat du PFSS au nom des ministères partenaires et porte sur le rendement enregistré au cours de la période 2004-2005. La section 1 du rapport présente une vue d'ensemble du Partenariat et la section 2, une description du contexte opérationnel du Secrétariat du PFSS. La section 3 contient des renseignements sur les programmes et sur le rendement attendu des activités décrites dans le Plan d'activités du PFSS (2004-2007), ainsi que sur les nouvelles attentes découlant de l'examen révisé de la portée. La section contient également des renseignements sur le rendement et sur les activités en cours dont les résultats sont prévus pour les années à venir. Dans la section 4, on évalue les nombreux avantages qualitatifs obtenus grâce aux efforts concertés qui font

du PFSS un modèle de gestion horizontale fructueux. La situation financière du Partenariat est présentée à la section 5. Enfin, l'annexe A présente un tableau récapitulatif des activités et l'annexe B, les tableaux des indicateurs de rendement du cadre redditionnel.

1. VUE D'ENSEMBLE DU PFSS

1.1 Énoncé de mission

La mission du Partenariat fédéral pour les soins de santé (PFSS) consiste à déterminer, favoriser et mettre en oeuvre des programmes de soins de santé efficaces et rentables de concert avec tous les ministères membres. Les membres veulent offrir des soins de meilleure qualité tout en réalisant des économies d'échelle qui seraient impossibles à réaliser s'ils agissaient chacun pour soi.

Le Partenariat représente les ministères membres dans les dossiers de nature pancanadienne et de compétence fédérale. Il s'agit d'un moyen d'assurer que les ministères membres, qui partagent un même intérêt, participent activement aux dossiers pancanadiens qui ont trait aux soins de santé.

1.2 Contexte

À la demande du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada (SCT), ACC a été chargé d'étudier la possibilité de réaliser des économies grâce au pouvoir d'achat collectif des ministères et des organismes fédéraux qui s'occupent des soins de santé. L'étude a été entreprise dans un contexte de restrictions financières afin de concrétiser les réductions de dépenses annoncées antérieurement et de trouver de nouvelles possibilités de faire d'autres économies. Les auteurs de l'étude ont conclu que des économies substantielles pouvaient être réalisées du côté des médicaments délivrés sur ordonnance, des soins dentaires et des soins de la vue, par l'adoption d'une stratégie fondée sur une coordination des efforts. C'est dans ce contexte que fut approuvée la création, en 1994, de l'Initiative de coordination des soins de santé (ICSS), aujourd'hui appelée le Partenariat fédéral pour les soins de santé (PFSS). Le changement de nom a été effectué en novembre 2003.

Le mandat du PFSS est d'explorer les possibilités d'élaborer et de mettre en oeuvre des stratégies de coordination de l'achat, par le gouvernement et les organismes fédéraux, de services et de produits de soins de santé à l'intention de la clientèle admissible, au moindre coût possible. Le Secrétariat du PFSS a été établi afin de coordonner les activités interministérielles associées à la réalisation du mandat. Le financement du PFSS est assuré par un budget spécial d'ACC.

Le PFSS a évolué depuis et les ministères partenaires ont tiré profit des expériences acquises jusqu'ici. Les partenaires examinent maintenant conjointement l'incidence stratégique de divers enjeux sur la prestation des services de soins de santé dans leur sphère de compétence particulière. En outre, le PFSS mène actuellement de nombreuses activités décrites dans le Plan d'activités couvrant la période 2004-2007 afin de réaliser des économies d'échelle, d'étendre son champ d'action afin de faire face aux pressions actuelles sur les soins de santé et d'offrir du leadership sur le plan des questions stratégiques.

1.3 Description

Le gouvernement fédéral achète une vaste gamme de fournitures et de services liés aux soins de santé dans le cadre de l'exécution de ses nombreux programmes de santé. Ces achats, qui totalisent plus de 3,1 milliards de dollars par année, englobent des milliers d'éléments, qui vont des médicaments en vente libre et du matériel d'établissement de diagnostic coûteux, aux services fournis par les professionnels de la santé. Des ministères et des organismes ayant des intérêts communs ont formé un partenariat en vue de réduire l'inefficacité et le chevauchement des efforts qui se produisent inévitablement lorsque des intervenants ayant des intérêts communs exercent leurs activités séparément ou en concurrence.

En vertu de la *Loi constitutionnelle* et d'autres lois, politiques et règlements fédéraux, le gouvernement fédéral offrent des services de santé aux groupes particuliers suivants :

- les membres des Premières nations et les Inuits;
- les anciens combattants admissibles (pour des services qui ne sont pas déjà assurés dans les provinces);
- les membres des Forces canadiennes;
- les membres réguliers de la Gendarmerie royale du Canada;
- les détenus sous responsabilité fédérale;
- les demandeurs du statut de réfugié, les réfugiés au sens de la Convention parrainés, les immigrants en attente d'une assurance provinciale/territoriale et les particuliers détenus par Citoyenneté et Immigration Canada.

Les programmes de santé sont gérés par les six membres permanents du PFSS. Ces ministères poursuivent l'objectif commun de gérer des programmes de santé économiques pour leur clientèle tout en respectant leur propre mandat ministériel. C'est la poursuite de cet objectif commun qui est à la base de la création du Partenariat fédéral pour les soins de santé.

Les membres permanents du PFSS sont les suivants : le ministère de la Défense nationale (MDN), Santé Canada (SC), Anciens Combattants Canada (ACC), la Gendarmerie royale du Canada (GRC), le Service correctionnel du Canada (SCC) et

Citoyenneté et Immigration Canada (CIC). Les ministères et les organismes qui participent dans les domaines qui les intéressent sont le Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT), Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (TPSGC) et Inforoute Santé du Canada (ISC). Le SCT assume un rôle de conseiller à l'égard du Secrétariat du PFSS et des ministères, alors que TPSGC agit à titre d'autorité contractante auprès des ministères participants.

Les deux principaux objectifs du PFSS sont de réaliser des économies d'échelle tout en améliorant la prestation des soins et d'offrir du leadership sur le plan des enjeux stratégiques.

D'autres ministères et organismes que ceux dont il est fait état ci-dessus peuvent se joindre au PFSS. Chacun d'entre eux décidera, le moment venu, des activités, des projets ou des programmes auxquels il participera et de la manière dont il contribuera à l'atteinte des objectifs et des résultats clés du Partenariat.

1.4 Structure

Avant mars 2005, date à laquelle on a instauré la nouvelle structure de gestion du PFSS, le PFSS menait ses activités par l'intermédiaire de deux grands comités, soit le comité de direction et le comité de travail, qui examinaient les progrès du Partenariat et donnaient une orientation sur les propositions particulières de coordination. Le Secrétariat du PFSS offrait du soutien pour l'initiative générale, coordonnait toutes les activités et partageait son expertise en gestion de projet. Toutefois, depuis le changement de structure, les activités du PFSS sont soutenues par quatre principaux organes, à savoir le comité de direction, le comité de gestion, le Secrétariat du PFSS et divers groupes de travail permanents ou spéciaux.

Le comité de direction comprend les six membres permanents au niveau des sous-ministres délégués (SMD). Le comité assume les fonctions suivantes : approuver la charte du PFSS; nommer le directeur exécutif du PFSS; approuver le Plan d'activités du Partenariat ou les changements au Plan d'activités approuvé sur la recommandation du comité de gestion ou du directeur exécutif du Secrétariat; et approuver la formation de tous les groupes de travail permanents. La sous-ministre déléguée d'Anciens Combattants Canada (ACC) est la présidente du comité de direction.

Le comité de gestion réunit les principaux représentants des six membres permanents, généralement à l'échelon du directeur général. Le comité est présidé par le directeur exécutif du PFSS, à qui il donne des conseils sur les intérêts des ministères membres. Les membres du comité de gestion représentent l'autorité fonctionnelle de leurs ministères respectifs à toutes les réunions et informent leur autorité fonctionnelle de toutes les questions rattachées aux activités du PFSS.

Le Secrétariat du PFSS gère les activités opérationnelles du PFSS et relève directement de la sous-ministre déléguée d'Anciens Combattants Canada. Situé dans

des bureaux d'Anciens Combattants Canada à Ottawa, le Secrétariat soutient l'initiative générale, coordonne toutes les activités et offre son expertise en gestion de projet. Le Secrétariat, conjointement avec le comité de direction, détermine les possibilités de collaboration et prépare le Plan d'activités du PFSS. À la directive du comité de direction ou du comité de gestion, le Secrétariat sollicite des nominations de délégués aux groupes de travail ou entreprend des projets particuliers afin d'atteindre les objectifs opérationnels. Le Secrétariat facilite et soutient les travaux du comité de gestion, dirige les activités des groupes de travail et gère leurs activités afin de veiller à l'atteinte des objectifs opérationnels.

À la directive du comité de direction, des groupes de travail permanents sont formés pour entreprendre les travaux nécessaires à l'atteinte des objectifs du PFSS. Si le comité de gestion ou le directeur exécutif donne son approbation, des groupes de travail spéciaux peuvent être formés pour mener des activités. Le président d'un groupe de travail est nommé par le directeur exécutif du PFSS. Le directeur exécutif doit faire état des activités et des progrès de chacun des groupes de travail aux comités de direction et de gestion.

1.5 Responsabilités du Secrétariat

Le Secrétariat du PFSS doit assurer la coordination du partenariat dans son ensemble, appuyer le comité de direction, le comité de gestion et les divers groupes de travail permanents ou spéciaux, et offrir ou organiser les activités de formation nécessaires. Le Secrétariat assume un rôle de direction en matière de négociations et il recueille (auprès des ministères partenaires) des données sur les coûts et les paiements relatifs aux soins de santé aux fins d'analyse à l'appui des négociations et de l'évaluation de l'incidence des activités du PFSS. Toute utilisation de ces données doit être approuvée par le ministère concerné. Le Secrétariat du PFSS est aussi chargé de contrôler le rendement des activités conjointes et de faire en sorte que la structure de responsabilisation soit respectée. Afin de réduire la charge de travail des ministères partenaires en ce qui a trait à la production de rapports, le Secrétariat effectue des recherches, réunit des renseignements et en effectue la synthèse au nom des ministères. Ces données servent à la rédaction de rapports spéciaux ou périodiques, aux rapports annuels du PFSS et aux plans d'activités triennaux présentés au Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada.

En bref, le Secrétariat

- favorise et appuie les synergies et le partage d'information entre les ministères membres afin de mettre en évidence les possibilités communes de collaboration et d'harmoniser le travail / les efforts;

- assure, au sein des ministères partenaires et chez d'autres intervenants compétents, la mise en place d'une méthode coordonnée et concertée d'examen des enjeux stratégiques liés à la santé, lesquels doivent être pris en compte dans le plus vaste contexte de compétence fédérale;

- coordonne la collecte, l'actualisation et l'analyse de renseignements appuyant les initiatives, la planification stratégique, la planification opérationnelle et la préparation de rapports périodiques;

- coordonne et facilite les réunions du comité de direction et des comités de travail (dont il fixe la date), ainsi que les activités du PFSS, ce qui comprend les ordres du jour et les comptes rendus de discussion et de décisions;

- facilite le processus de planification stratégique du PFSS et y participe;

- entretient des relations avec les organismes partenaires et d'autres intervenants.

2. CONTEXTE OPÉRATIONNEL

2.1 Concept et secteurs d'activités

Le Partenariat suit un concept qui cadre bien avec les tendances actuelles de gestion horizontale et c'est la notion du partage de l'information et de l'analyse des résultats dans le but de mettre en évidence les possibilités communes de collaboration et d'harmonisation du travail et des efforts qui reflète peut-être le mieux l'avantage le plus important du PFSS.

À mesure qu'ils accroissent leur participation aux activités du PFSS et à l'échange d'information, les ministères partenaires se rendent compte que l'analyse et l'examen collectifs de cette information leur donnent une influence et un savoir-faire considérables dans leurs rapports avec les fournisseurs de produits et de services liés aux soins de santé, ce qui a pour effet d'accroître leur pouvoir de négociation, leur pouvoir d'achat et les possibilités de réduction des coûts.

Au cours de la période visée, le PFSS s'est consacré à plusieurs activités, dont 1) les négociations collectives visant l'achat de fournitures et de services de santé, et 2) la gestion de programme conjointe dans les secteurs suivants : audiologie, soins dentaires, recyclage de matériel spécial, inhalothérapie, produits et services pharmaceutiques et soins de la vue. Les activités relevant de ces secteurs d'activités demeurent l'engagement essentiel du PFSS et elles continuent de produire les résultats escomptés selon le mandat.

Le PFSS a continué de participer à l'élaboration des moyens requis pour assurer la poursuite du dialogue, de la communication et de la représentation des intérêts des ministères fédéraux prestataires de soins de santé dans le cadre des réunions des comités et sous-comités FPT compétents. Le Partenariat a participé, et continue de participer à l'élaboration de la réponse du gouvernement fédéral au rapport de la vérificatrice générale du Canada à la Chambres des communes sur la gestion des programmes fédéraux de prestations pharmaceutiques.

Ces activités sont abordées en détail dans les sections 2.6 et 3 du présent rapport.

2.2 Objectifs

Avant le changement de gouvernance du PFSS en mars 2005, le Partenariat visait les objectifs suivants :

- ✓ cerner les possibilités de coordonner l'offre de fournitures et de services particuliers liés aux soins de santé entre les ministères et les organismes fédéraux participants;
- ✓ établir un environnement concurrentiel par la mise en oeuvre de projets pilotes concernant des solutions plus rentables que la prestation de services par le secteur du commerce de détail;
- ✓ améliorer la mise en commun de l'information et la prise de décision collective entre les participants;
- ✓ exécuter des ententes collectives négociées avec des tiers fournisseurs, des associations professionnelles, des fournisseurs et des détaillants;
- ✓ améliorer l'état de santé des clients des ministères fédéraux grâce à des activités conjointes de promotion de la santé et à l'évaluation des traitements;
- ✓ améliorer la gestion de l'information sur la santé à l'intention des clients fédéraux;
- ✓ représenter les intérêts des ministères partenaires du PFSS auprès des groupes de travail FPT compétents.

Comme dans le cas de la plupart des projets ou des investissements stratégiques, une évaluation de la valeur réelle du PFSS exige une analyse plus rigoureuse qu'un simple examen du rendement des investissements. La complexité et l'intensité du travail de coordination interministérielle qu'exige le Partenariat obligent à adopter une approche intégrant des facteurs quantitatifs et qualitatifs.

En outre, dans la foulée de la mise en oeuvre du nouveau plan de gouvernance à la fin de l'exercice 2004-2005, les objectifs du PFSS se sont multipliés et les partenaires ont convenu d'accorder la priorité aux objectifs suivants :

- Réaliser des économies d'échelle tout en améliorant la prestation des soins

Le PFSS mettra tout en oeuvre pour tenter d'accroître l'efficacité et l'efficience de toutes les activités rattachées à la prestation des services de santé de compétence fédérale grâce à une collaboration horizontale entre les ministères partenaires. Le PFSS tente d'harmoniser et de partager les efforts dans les domaines des politiques, de la gestion du savoir et de la mise en oeuvre des programmes en agissant à titre d'organisme responsable des négociations sur les questions dans lesquelles les ministères ont un intérêt commun.

- Offrir du leadership sur le plan des enjeux stratégiques

L'objectif du PFSS est d'instaurer un forum structuré dans lequel chaque ministère membre peut déterminer, évaluer et aborder des questions fédérales ou pancanadiennes d'intérêt commun qui ont une incidence sur les activités de tous les ministères ou de certains d'entre eux. Le forum donnerait l'occasion aux ministères membres de mieux évaluer les enjeux stratégiques et d'élaborer des plans harmonisés par le biais d'un partage des connaissances ou d'efforts communs. On multiplierait les forces des membres partout où cela est possible. Le principal objectif du PFSS serait de diriger et de promouvoir, au nom des partenaires, une action collective vis-à-vis des grands enjeux fédéraux en matière de santé.

2.3 Population cible en 2004-2005

Le Programme des services de santé non assurés de Santé Canada (SC-SSNA) a versé, au cours de la période visée par le présent rapport, des prestations supplémentaires de soins de santé à environ 765 000 membres des Premières nations et Inuits admissibles afin de répondre à leurs besoins de soins médicaux et dentaires qui ne sont pas couverts par des régimes d'assurance-santé provinciaux/territoriales ou des programmes sociales. Les dépenses associées aux programmes de santé des membres des Premières nations et des Inuits se chiffrent à 1,68 milliard de dollars, dont 767 millions de dollars représentent les SSNA au cours de la période visée.

Anciens Combattants Canada (ACC) fournit des prestations de soins de santé aux anciens combattants et aux anciens membres des Forces canadiennes admissibles et ajoute à la protection offerte par les provinces. En 2004-2005, quelque 138 000 clients y avaient droit, et les dépenses totales ont atteint environ 800 millions de dollars.

Le ministère de la Défense nationale (MDN) et la Gendarmerie royale du Canada (GRC) assument une responsabilité globale des soins de santé et, par

conséquent, offrent une gamme complète de services de santé à leurs membres, tant au Canada qu'à l'étranger. Ces services comprennent notamment des services assurés, comme des soins médicaux courants, et des services non assurés, comme les produits et services pharmaceutiques et la promotion de la santé. Au cours de l'exercice 2004-2005, la GRC comptait quelque 16 625 membres et 3 700 membres retraités admissibles à des prestations de soins de santé et a dépensé environ 51 millions de dollars. Au MDN, environ 61 534 membres de la Force régulière et quelque 30 000 membres des forces de réserve et ressortissants étrangers y sont admissibles, à différents degrés, ce qui représente au total quelque 735 millions de dollars en dépenses de santé.

Au cours de l'exercice 2004-2005, le Service correctionnel du Canada (SCC) devait répondre aux besoins de santé essentiels d'un groupe de 12 623* détenus dans des établissements fédéraux. Les dépenses de ce ministère en matière de santé se chiffrent à environ 130,8 millions de dollars.

*(*Ce chiffre laisse supposer une situation stationnaire et par conséquent, ne reflète ni les 8 015 nouvelles admissions qui nécessitent une évaluation ni le pourcentage des 7 959 libérations nécessitant une transition vers les soins de santé dans la collectivité.)*

Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) offre des soins de santé essentiels aux demandeurs d'asile et aux réfugiés, qui totalisent environ 100 000 personnes, jusqu'à ce qu'ils satisfassent aux exigences des programmes provinciaux. Au cours du présent exercice, les dépenses en matière de santé se sont chiffrées à 48 millions de dollars.

Il convient de souligner que les Canadiens et les immigrants pris en charge par le SCC, CIC, le MDN et la GRC ne répondent pas à la définition d'une « personne assurée » en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*.

Dépenses de santé annuelles par ministère partenaire en 2004-2005

Ministère	Nombre de clients admissibles en 2004-2005	Dépenses de santé en 2004-2005 (en millions $)	Les dépenses de santé annuelles des ministères partenaires du PFSS permettent d'assurer les services suivants :
ACC [1]	138 000	800	1. **ACC** fournit aux anciens combattants et aux anciens membres des Forces canadiennes admissibles des prestations de soins de santé qui s'ajoutent à la protection offerte par les provinces.
SC SSNA [2]	765 000	767,2	2. Le **Programme des services de santé non assurés de SC** fournit des prestations supplémentaires aux membres des Premières nations et aux Inuits afin de répondre à ceux de leurs besoins de soins médicaux et dentaires qui ne sont pas couverts par des régimes d'assurance-santé provinciaux ou territoriaux. Les dépenses totales de la DGSPNI étaient d'environ 1,68 milliard de dollars en 2004-2005, dont 767 M $ ont été consacrés aux services non assurés.
GRC [3]	16 625 3 700	48,6 2,8	3. La **GRC** offre une gamme complète de services de santé à ses membres réguliers. Parmi les clients admissibles, on compte 16 625 employés admissibles et 3 700 pensionnés ayant une invalidité (20 325 personnes au total).
MDN [4]	91 534	735	4. Le **MDN** sert environ 61 534 membres de la Force régulière et 30 000 membres des forces de réserve et membres étrangers à des degrés d'admissibilité divers.
SCC [5]	12 623*	130,8	5. Le **SCC** répond aux besoins de santé essentiels au niveau qui est normalement offert aux détenus. **Ce chiffre laisse supposer une situation stationnaire et par conséquent, ne reflète ni les 8 015 nouvelles admissions qui nécessitent une évaluation ni le pourcentage des 7 959 libérations nécessitant une transition vers les soins de santé dans la collectivité.*
CIC [6]	100 000	48	6. **CIC** fournit des soins de santé essentiels aux demandeurs d'asile et aux réfugiés jusqu'à ce qu'ils répondent aux exigences des programmes provinciaux.
TOTAUX	1 128 482	2532,4	**CIC** n'est pas un participant actif du PFSS, mais a manifesté le désir d'être tenu au courant des développements. C'est pourquoi il n'est pas fait mention de ce ministère dans la présentation des activités et des estimations qui suit.

On a observé d'importantes augmentations du coût des soins de santé dans le secteur public de la santé, et les coûts de santé qu'assument les ministères fédéraux responsables d'offrir des services à un million de clients et plus ont aussi considérablement augmenté.

2.4 Résultats clés et avantages globaux

La mise en place du cadre redditionnel et d'établissement de rapports du PFSS a fourni un moyen de mesurer les résultats clés des activités de collaboration entre les ministères partenaires du PFSS. Dans le contexte du cadre redditionnel, les ministères partenaires préparent un plan de travail collectif annuel, et les données sur les résultats des activités prévues dans ce plan sont régulièrement recueillies. L'annexe A du présent rapport fournit la liste des activités prévues dans chaque secteur d'activités au cours de la période 2004-2005, présente un résumé de l'avancement de chaque activité et donne une comparaison entre les économies réelles et les économies prévues figurant dans le tableau des économies prévues du Plan d'activités 2004-2007 du PFSS. L'annexe B présente un résumé des données recueillies au fur et à mesure des activités de négociations et d'achats collectifs et des activités de gestion de programmes conjoints. Les tableaux démontrent qu'en collaborant à la réalisation de ces activités, les ministères et les organismes participants parviennent à atteindre des résultats correspondant à leurs objectifs stratégiques :

- plus grande collaboration entre tous les partenaires du PFSS
- économies/limitation des coûts sans compromettre la qualité des soins

2.5 Défis

Les négociations avec les associations de soins de santé du secteur privé sont toujours difficiles, et tout particulièrement après de nombreuses années de restrictions financières au gouvernement. La nécessité de mener à bien ces négociations et d'autres activités dans l'ensemble des ministères complique grandement la tâche, car chaque ministère a son propre mandat et ses propres protocoles opérationnels.

À une époque où le financement se fait de plus en plus rare, il est essentiel que les organismes ayant des objectifs similaires apprennent à travailler de façon horizontale, de manière à atteindre des objectifs plus concrets qu'il ne leur serait possible d'atteindre sans collaboration. L'un des plus grands défis posés par cette démarche consiste à trouver des organismes disposés à travailler en collaboration à des projets donnés. Toutefois, même lorsqu'on a réussi à trouver des homologues, il est parfois difficile d'atteindre un objectif commun en raison de différences entre les parties sur le plan des exigences stratégiques, des fondements juridiques, des besoins opérationnels, de la technologie, des caractéristiques démographiques des clients, de la réduction des ressources, des diverses cultures organisationnelles et des pressions politiques. Le travail comporte des interactions très complexes entre les représentants ministériels qui sont parfois dispersés géographiquement et détiennent divers pouvoirs d'agir. En raison de ces défis, il faut plus de temps pour négocier les contrats et mettre en oeuvre les programmes.

En outre, on ne peut se contenter de mesurer uniquement en fonction des avantages quantitatifs les bienfaits du travail horizontal, car les nombreux avantages qualitatifs représentent une composante importante de la valeur globale du Partenariat. La section 4 du présent rapport présente un résumé des nombreux avantages qualitatifs ou intangibles, tirés des activités de collaboration fructueuses, et la section 5 offre un aperçu des avantages quantitatifs liés aux économies de coûts réelles et aux stratégies permettant d'éviter les augmentations de coûts.

Le succès et la collaboration efficace du Partenariat fédéral pour les soins de santé dépendent de facteurs clés mis en évidence au fil des années. Parmi ces éléments, mentionnons l'engagement des dirigeants des ministères partenaires à collaborer entre eux, la planification des activités les plus importantes, la prise de dispositions réalisables, la détermination des besoins en matière de financement et de ressources humaines, l'établissement des objectifs et la saine gestion des projets.

La confiance, l'entente mutuelle, le partage des valeurs, le travail d'équipe, l'échange de renseignements, la communication et la souplesse sont tout aussi importants que les éléments susmentionnés pour assurer la réussite du partenariat. Il importe également d'aborder les facteurs qui permettent d'appuyer la collaboration, notamment l'établissement d'un plan de formation adéquat et de systèmes de soutien du rendement, de même que la détermination et la transformation de la résistance au changement. Pour collaborer entre eux, les ministères doivent parfois consacrer plus d'efforts et de temps et être disposés à expérimenter et à prendre des risques. D'un autre côté, les avantages de tabler sur les forces et les ressources d'un autre organisme sont nombreux. Les ministères partenaires ont établi des relations à long terme et obtenu des résultats avantageux pour toutes les parties en partageant leurs ressources et en concertant leurs efforts. Les leçons apprises ont permis d'améliorer le processus décisionnel et de ménager une marge de manoeuvre pour les négociations futures.

2.6 Autres formes de soutien

Collecte et échange de renseignements

Le personnel du PFSS, les ministères partenaires et les entrepreneurs ont présenté des analyses coûts-avantages de chaque domaine de programme et ont recueilli des renseignements sur les industries qui exercent des activités dans chaque secteur des programmes de santé. En outre, on a pris des mesures pour rationaliser les processus de collecte d'information dans les ministères afin de faciliter la production de rapports au Secrétariat du PFSS. Le Secrétariat a participé aux activités de divers comités interministériels de soins de santé et à des conférences sectorielles sur la santé. L'information tirée des réunions constitue d'excellentes données pour les ministères partenaires en prévision de leurs négociations avec les associations ou les organismes de soins de santé, et permettent aux partenaires du PFSS de mieux comprendre les pratiques de l'industrie appliquées à l'échelle du pays ainsi que les pratiques ministérielles des partenaires. Il en résulte une amélioration du processus décisionnel général des partenaires du PFSS et une plus grande connaissance, laquelle permet de mettre en oeuvre avec succès des initiatives d'élaboration conjointe de politiques. La collecte de renseignements et le partage de l'information ont été appliqués auprès de diverses sources auxquelles le PFSS fait appel, ce qui comprend le milieu universitaire, les gouvernements provinciaux et territoriaux et le secteur privé, par le recrutement d'experts-conseils et de spécialistes.

Le PFSS continue de participer à de nombreux projets conjoints soit pour y représenter le gouvernement fédéral, soit comme ressource. Le Secrétariat du PFSS (SPFSS) participe aux activités du Comité mixte sur l'examen des médicaments et du Comité consultatif sur les produits pharmaceutiques, et il représente plusieurs ministères fédéraux. Le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments d'ordonnance (SINUMO), un partenariat auquel collaborent l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB), constitue actuellement la première base de données nationale sur les régimes d'assurance-médicaments financés par des fonds publics au Canada. À cet égard, le PFSS a aidé l'ICIS en transmettant de l'information et en coordonnant des séances d'information sur le SINUMO à l'intention des ministères partenaires, et a joué un rôle actif en transmettant aux ministères membres des renseignements sur les nouvelles normes d'information sur la santé d'Inforoute Santé du Canada.

Services de santé professionnels

Le Secrétariat du PFSS a coordonné les travaux des spécialistes (spécialistes en RH) et a contribué aux coûts de leur embauche. Ces spécialistes recueillent des données provenant des ministères partenaires et préparent des rapports pour résoudre les problèmes auxquels les ministères fédéraux ont fait face en ce qui concerne le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé, notamment des médecins, des psychologues, des pharmaciens et des infirmiers. L'objectif était de recueillir des faits devant servir aux négociations du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada à l'automne 2004. Cette collecte a permis l'élaboration d'une méthode stratégique commune. En outre, on a préparé une présentation pour le groupe des pharmaciens au nom de tous les ministères. Bien qu'il y ait eu un échange d'information considérable au sein des secteurs ministériels, les autres groupes de soins de santé ont préparé des présentations individuelles.

Promotion de la santé

Les ministères ont convenu d'envisager l'élaboration concertée d'un programme de sensibilisation à la perte auditive et de mesures de prévention au cours de la période visée par le présent rapport. Toutefois, bien que ce concept comporte des avantages, les partenaires n'en ont pas fait une priorité à explorer davantage dans le Plan d'activités du PFSS 2004-2007. Ils ont plutôt opté pour l'échange périodique de mises à jour sur le sujet. En outre, ils prévoyaient élaborer un programme conjoint de promotion de la santé visant à renseigner les clients et leur famille sur l'emploi indiqué des médicaments sur ordonnance et de l'inhalothérapie et sur les risques associés à leur usage abusif. Cependant, en raison de conflits de priorités, ces activités ont dû être reportées.

Soins à domicile et continus

En 2003, cinq ministères (SC, la GRC, le MDN, AINC* et ACC) ont accepté de partager la vision du Groupe de travail sur les soins à domicile et les soins continus et de représenter le réseau de coordination et de partage de l'information menant à l'élaboration de la politique fédérale sur les besoins des Canadiens en matière de soins à domicile et de soins continus qui sont sous la responsabilité directe du gouvernement fédéral. Depuis, le groupe de travail se réunit régulièrement tous les trimestres, et les réunions se sont avérées utiles pour offrir un forum de liaison avec d'autres spécialistes à l'échelle fédérale, provinciale et communautaire. Les ministères partenaires ont élaboré et partagé des pratiques exemplaires et continuent de le faire.

**Affaires indiennes et du Nord Canada*

Coût des services médicaux et hospitaliers

Les ministères partenaires ont convenu d'examiner la possibilité de négocier les coûts des services des médecins et des établissements détenus/gérés par les gouvernements provinciaux, ce qui comprend les hôpitaux, afin de réduire les coûts généraux de 1,5 million de dollars (estimation) au cours de la période 2004-2007. En outre, les partenaires ont envisagé de négocier, si possible, des coûts moins élevés pour les services d'ambulance, les laboratoires et les cliniques privées et spécialisées. Après discussions préliminaires, il a été déterminé que cette initiative n'offrirait pas les avantages souhaités et, compte tenu des autres priorités, on a reporté le projet.

Autres secteurs d'activité

On a effectué un suivi constant des activités dans les secteurs de programme suivants : soulagement de la douleur, promotion de la santé, santé mentale et orthétique. Toutefois, les priorités des ministères partenaires ont été réévaluées au cours de l'exercice financier et ces programmes n'ont plus été jugés prioritaires pour la période visée par le présent rapport. En outre, comme l'activité ralentissait dans ces secteurs de programme, on a réaffecté les ressources financières et humaines du PFSS pour tenir compte des programmes et des enjeux nouveaux et urgents.

Gestion axée sur les résultats

Le PFSS a continué de superviser et d'analyser les résultats de toutes ses activités en appliquant son cadre redditionnel et de faire état des conclusions au Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT) du Canada.

3. INFORMATION SUR LES PROGRAMMES ET INDICATEURS DE RENDEMENT

Il incombe au Secrétariat du PFSS de contrôler le rendement des activités conjointes et de faire rapport de leurs résultats au Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada. Le PFSS se conforme à une structure de responsabilisation et d'évaluation du rendement bien définie. Cette dernière précise les résultats clés et le rendement attendus du Partenariat ainsi que la méthode d'évaluation du rendement de chacune des activités prévues. Les *résultats stratégiques* clés du PFSS sont les suivants : a) réaliser des économies d'échelle tout en améliorant la prestation des soins et b) offrir du leadership sur le plan des enjeux stratégiques. Les ministères partenaires s'emploient à atteindre ces résultats stratégiques en mettant en oeuvre un certain nombre d'activités, dans le cadre de calendriers précis, comme il est mentionné dans le Plan d'action qui fait l'objet de l'annexe B du présent rapport. Dans la présente section, les activités sont présentées selon le secteur d'activités duquel elles relèvent, soit : *1) Négociations et achats collectifs et 2) Gestion conjointe de programmes.* Les résultats des activités de chacun des secteurs sont évalués au moyen des indicateurs de rendement énumérés ci-dessous. Les pages qui suivent passent en revue les résultats des activités réalisées dans chaque secteur d'activités.

Résultats stratégiques : Réduire/limiter les coûts sans compromettre la qualité des soins offerts aux clients, au moyen des activités suivantes :

Secteur d'activités 1 : Négociations et achats collectifs de fournitures et de services de soins de santé se traduisant par :

- la réalisation d'économies grâce à la mise en oeuvre d'ententes conjointes d'achat de fournitures et de services de soins de santé conclues entre au moins deux ministères et des fournisseurs de soins de santé;
- la réalisation d'économies cibles sans compromettre la qualité des soins offerts aux clients;
- la minimisation de l'augmentation des coûts;

- la réalisation d'économies par l'utilisation plus économique des ressources ministérielles et par la suppression des chevauchements.

Résultat stratégique : Améliorer la coordination entre tous les partenaires membres du PFSS au moyen des activités suivantes :

Secteur d'activités 2 : Gestion conjointe de programmes se traduisant par :

- l'amélioration de l'accès des ministères aux données sur les programmes;
- la sensibilisation accrue de chaque partenaire à la réduction du coût de ses programmes;
- la gestion plus uniforme, plus efficiente et plus efficace de l'exécution des programmes;
- l'accroissement de la capacité des partenaires du PFSS de procéder à des analyses coûts-avantages et à des comparaisons interministérielles;
- la connaissance accrue et la meilleure compréhension des pratiques de l'industrie;
- l'amélioration du processus décisionnel de la haute direction;
- l'amélioration de l'accès au savoir des ministères et des experts;
- la rationalisation des processus opérationnels et l'amélioration de la collaboration;
- la possibilité de combiner les ressources dans le cadre des projets collectifs.

Au cours de l'exercice financier 2004-2005, on a entrepris un examen des processus de gestion et de rapport existants pour s'assurer que les processus les plus efficaces et les plus efficients étaient en place pour gérer les activités du Partenariat. À cette fin, on a embauché des spécialistes pour faciliter une initiative du PFSS visant à renforcer et à perfectionner les processus de gestion nécessaires au rôle permanent de gestion des activités du PFSS assumé par le Secrétariat du PFSS. Parmi les principaux secteurs examinés, on trouve des processus rattachés aux éléments suivants :

- la mise en évidence des possibilités;
- le suivi des travaux en cours;
- l'analyse des coûts des programmes et des projets;
- l'établissement de rapports sur les travaux entrepris par le Secrétariat du PFSS, pour présentation au directeur exécutif, au comité de direction et au comité de gestion.

On prévoit mettre en place les processus révisés au cours de l'exercice 2005-2006.

3.1 Audiologie

Au cours de l'exercice financier 2004-2005, les dépenses des services audiologiques se sont élevées à plus de 40 millions de dollars, dont environ 37 millions de dollars sont attribuables à ACC, 2,4 millions de dollars à SC, et des dépenses moindres de la part de la GRC, du MDN et du SCC. Ces ministères se sont réunis régulièrement au sein d'un groupe de gestion du programme d'audiologie pour renouveler un protocole d'entente avec la Canadian Auditory Equipment Association (qui a donné lieu à des économies de 11,85 millions de dollars en 2004-2005) et ont préparé un exposé commun lors d'un symposium national sur l'audiologie. En outre, les partenaires continuent d'échanger des conseils stratégiques et de discuter des augmentations de droits liés aux services de diagnostic avant que des changements soient apportés parmi les fournisseurs de soins de santé. Ainsi, les partenaires connaissent maintenant davantage leurs programmes et leurs droits respectifs, ce qui leur permet d'adopter une démarche plus stratégique au cours des négociations sur les droits menées avec les associations.

3.1.1 Négociations et achats collectifs

Un protocole d'entente (PE) a été renouvelé avec la Canadian Audiology Equipment Association (CAEA), qui représente les fabricants de prothèses auditives au Canada. Ce PE a donné lieu à des économies additionnelles (c.-à-d. l'escompte de gros minimal est passé de 15 % à 17 %). En outre, on a apporté des améliorations aux garanties des prothèses auditives pour enfants; ainsi, la garantie contre la perte et les dommages s'applique pour deux ans au lieu d'un an, ce qui représente des économies additionnelles pour Santé Canada. Il s'agit là du troisième PE permanent conclu avec la CAEA. Ce PE a d'ailleurs été reconnu pour son approche novatrice des négociations, ainsi que pour les économies considérables réalisées depuis janvier 2001. En fait, la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) de l'Ontario, qui affichait des dépenses en prothèses auditives s'élevant à environ 24 millions de dollars en 2004, a consulté le Secrétariat du Partenariat fédéral pour les soins de santé afin de recevoir des conseils en prévision de ses négociations avec la CAEA. En appliquant les pratiques exemplaires découlant de l'entente conclue avec le PFSS, la CSPAAT a conclu une entente le 1er mars 2005, laquelle se traduit par des économies de programme réalisées grâce à des remises ramenant les prix des prothèses auditives au-dessous du prix de gros.

Le tableau suivant présente les données sur les économies réalisées dans le domaine des prothèses auditives, par partenaire (Santé Canada, Gendarmerie royale du Canada, Défense nationale, Anciens Combattants Canada).

Économies réalisées en audiologie - 2004-2005

Partenariat fédéral pour les soins de santé - Économies en audiologie - 2004-2005

Source des données - Rapports ministériels sur les données - Données réelles - Transmis par les représentants du groupe de travail sur la gestion du Programme d'audiologie

Première portion d'économies - Différence (prix de détail moyen - prix de gros moyen)	DND	SC	GRC	ACC
Économies relatives aux prothèses auditives analogiques non programmables	0.00 $ 0 unité x 85 $	34,255.00 $ 403 unités x 85 $	0.00 $ 0 unité x 85 $	47,770.00 $ 562 unités x 85 $
Économies relatives aux prothèses auditives analogiques programmables	450.00 $ 3 unités x 150 $	160,200.00 $ 1068 unités x 150 $	300.00 $ 2 unités x 150 $	128,100.00 $ 854 unités x 150 $
Économies relatives aux prothèses auditives analogiques numériques	55,950.00 $ 373 unités x 150 $	282,900.00 $ 1886 unités x 150 $	22,800.00 $ 152 unités x 150 $	4,384,800.00 $ 29,232 unités x 150 $
Économies totales - Première portion	56,400.00 $	477,355.00 $	23,100.00 $	4,560,670.00 $
Deuxième portion d'économies - Différence (prix de gros moyen - escompte au volume moyenne)				
Économies relatives aux prothèses auditives analogiques non programmables	0.00 $ 0 unité x 92.59 $	37,313.77 $ 403 unités x 92.59 $	0.00 $ 0 unité x 92.59 $	52,035.58 $ 562 unités x 92.59 $
Économies relatives aux prothèses auditives analogiques programmables	363.72 $ 3 unités x 121.24 $	129,484.32 $ 1068 unités x 121.24 $	242.48 $ 2 unités x 121.24 $	103,538.96 $ 854 unités x 121.24 $
Économies relatives aux prothèses auditives analogiques numériques	75,506.39 $ 373 unités x 202.43 $	381,782.98 $ 1886 unités x 202.43 $	30,769.36 $ 152 unités x 202.43 $	5,917,433.76 $ 29,232 unités x 202.43 $
Économies totales - Deuxième portion	75,870.00 $	548,581.00 $	31,011.84 $	6,073,008.30 $
Économies totales - Première portion + deuxième portion	132,270.11 $	1,025,936.07 $	54,111.84 $	10,633,678.30 $
Grand total des économies pour tous les ministères	**11,845,996.32 $**			

En février 2005, on a entrepris un examen visant à améliorer et à actualiser les processus de gestion et de rapport du programme d'audiologie, ce qui comprend l'état des économies réalisées. On prévoit que les résultats de ce travail seront intégrés au processus de rationalisation des négociations du PFSS en 2005-2006 et pourront entraîner des changements aux économies déclarées pour ce secteur de programme, c'est-à-dire que les économies ne tiennent pas compte des hausses des taux de service qui ont accompagné les économies réalisées sur les prothèses en soi.

3.1.2 Gestion du programme

SC, ACC, le MDN et la GRC ont formé un groupe de gestion du Programme d'audiologie qui s'est réuni trois fois au cours de l'exercice pour échanger de l'information et des conseils sur les priorités et les initiatives des programmes de ces ministères. Le 6 mai 2004, le groupe a présenté un exposé conjoint sur leurs programmes d'audiologie à l'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes. Cet événement était stratégique pour les partenaires, car il leur a permis de démontrer que leurs programmes vont dans le même sens lors de la plus importante réunion de l'organisme national représentant les professionnels en audiologie au Canada. Par le biais d'exposés coordonnés, ils ont insisté sur l'uniformité de leurs programmes et ont donné un contexte et des renseignements en ce qui concerne les différences qui doivent exister, compte tenu de la diversité des groupes de clients et des cadres de financement.

Les ministères se sont à nouveau réunis en juin et en juillet 2004 afin de préparer leur stratégie de négociation avec la Canadian Auditory Equipment Association, pour des produits et services de correction auditive. En outre, les ministères ont entrepris des travaux pour définir les composantes d'une éventuelle stratégie nationale en prévision des négociations sur les frais des services de diagnostic. Tous les partenaires ont convenu qu'il est souhaitable que les frais de diagnostic soient plus uniformes. On analysera plus à fond ce domaine de collaboration possible lorsqu'on confirmera qu'il s'agit d'une priorité interministérielle à l'aide du processus de planification des activités du PFSS.

Le groupe de gestion du Programme d'audiologie offre aux partenaires une structure officielle d'échange d'information et de conseils stratégiques. Ainsi, les partenaires collaborent avec plus d'efficacité au cours des négociations sur les frais et s'efforcent de rendre les initiatives d'élaboration de programme plus uniformes. Par exemple, Anciens Combattants Canada a présenté son plan d'augmentation des frais de diagnostic à la fin de 2004, avant la mise en oeuvre de ce dernier. Cela a permis au MDN d'envisager une augmentation similaire et de demeurer au diapason de son partenaire (ACC), avec lequel il partage pratiquement la même clientèle. En outre, SC et la GRC ont compris les motifs de la décision d'ACC et se préparent en vue de toute pression accrue sur leurs programmes.

3.1.3 Rendement

Le MDN, SC, la GRC et ACC ont renouvelé leur protocole d'entente (PE) national avec la CAEA. Les ministères participants ont réalisé des économies d'environ 12 millions de

dollars en 2004-2005, soit une augmentation des économies de 20 % par rapport à l'exercice précédent. Deux facteurs ont contribué à ce résultat, à savoir un plus gros volume (particulièrement pour SC et ACC) et la transition de SC vers une meilleurs technologie numérique à moindre coût.

Le protocole d'entente (PE) en audiologie a été reconnu pour son innovation ainsi que pour des économies considérables d'environ 28 millions de dollars réalisées au cours de la durée de l'entente jusqu'à ce jour (de janvier 2001 à mars 2005). Grâce à ce PE, les ministères partenaires prévoient établir des prix de gros pour les prothèses auditives qui assurent des remises inférieures au prix de détail en proportion de leur volume d'affaires combiné. La Canadian Auditory Equipment Association (CAEA) représentant les fabricants de prothèses auditives au Canada a indiqué qu'en raison du volume et du pourcentage importants des activités (les ministères fédéraux représentent 10 % du marché canadien total d'achats de prothèses auditives), cette méthode pourrait entraîner le retrait des affaires d'un grand nombre de fabricants dans deux ans ou moins. La mesure incitative poussant les fabricants à offrir des escomptes de gros perdrait du terrain au fur et à mesure que le volume serait concentré chez un ou deux fabricants de choix et les prix augmenteraient au fil du temps. Le partenariat fédéral s'est entendu avec la CAEA et a invité celle-ci à présenter une offre qui permettrait d'atteindre l'objectif des prix de gros tout en permettant à tous les fabricants compétents de partager une partie du volume d'affaires du gouvernement fédéral, ce qui assurerait une concurrence permanente au sein de l'industrie. Le PE qui en découle s'applique dans un contexte commercial concurrentiel et permet d'assurer la santé et la durabilité de l'industrie, laquelle peut continuer d'offrir de nouvelles technologies à faible coût au gouvernement fédéral, tant aujourd'hui qu'à l'avenir. Le protocole a permis aux partenaires fédéraux et à leurs clients d'avoir accès à tous les genres de prothèses auditives offertes sur le marché de détail canadien à des prix de gros. On n'aurait pu atteindre cet objectif en utilisant une convention d'offre à commandes. Le PE est administré de façon à ce que les prix de gros soient directement établis par chaque fabricant; c'est ce prix que les fournisseurs demandent pour offrir les prothèses auditives aux clients sur le marché du détail. Compte tenu de ce succès, les partenaires fédéraux ont appliqué la pratique exemplaire qui consiste à fixer les frais des produits en fonction des prix du gros à d'autres secteurs de programme, comme les soins de la vue.

3.1.4 Activités en cours

Voici les activités rattachées à l'administration du protocole d'entente en audiologie :

- réunion annuelle du PFSS et de la CAEA pour examiner et aborder les questions d'intérêt commun relatives au PE;

- examen des mises à jour régulières des prix reçues des fabricants de prothèses auditives afin de s'assurer qu'elles sont conformes aux conditions du PE et qu'elles permettent de réaliser des économies maximales.

Le groupe de gestion du Programme d'audiologie se réunira deux fois l'an pour les raisons suivantes :

- donner des renseignements préliminaires sur les augmentations de frais;
- décider d'ajouter ou de supprimer des avantages à partir d'une grille commune d'avantages liés aux produits de correction auditive du PFSS;
- partager les résultats des activités ou des rapports de vérification;
- effectuer un examen pour améliorer les processus de gestion et de rapport du programme d'audiologie, ce qui comprend tous les changements apportés au rapport sur les économies;
- examiner la possibilité de mettre en oeuvre une stratégie nationale commune pour les négociations sur les frais des services de diagnostic.

3.2 Soins dentaires

Les partenaires du PFSS ont continué de fournir des services à leur clientèle selon les ententes particulières de chaque ministère. Les dépenses varient d'un ministère à l'autre, totalisant environ 190 millions de dollars.

Au fil des ans, les ministères participant au PFSS ont géré leurs dépenses annuelles en appliquant diverses stratégies, notamment l'autorisation préalable et la limitation des prestations pour soins dentaires à d'autres égards. Cependant, les ministères font face à des contraintes et à des pressions croissantes en vue de réduire les coûts du programme.

En 2002 et 2003, SC et ACC ont entrepris une analyse commune des programmes et, grâce à des rencontres et des mises à jour régulières, ont coordonné la mise en oeuvre des changements qu'ils ont apportés à leurs programmes de soins dentaires.
En 2004-2005, SC et ACC ont utilisé un barème d'honoraires et de tarifs commun pour les dentistes et les denturologues afin de s'assurer de restreindre les augmentations de coûts en fonction de la norme convenue et de faire en sorte qu'elles ne soient plus dictées par la différence dans la capacité des ministères de payer.

3.2.1 Négociations et achats collectifs

En 2002, ACC payait entre 90 % et 100 % des honoraires prévus aux barèmes d'honoraires actuels des dentistes et envisageait la possibilité de payer des honoraires plus élevés, soit 100 % des honoraires indiqués au barème de l'année en cours, à tous les fournisseurs de soins dentaires. Plusieurs raisons expliquent qu'ACC ait considéré la possibilité d'apporter ce changement, notamment le souci de maintenir la qualité des services offerts à ses clients et les pressions exercées par les associations dentaires. En outre, ACC payait aux denturologues 100 p. 100 des tarifs prévus à leur barème provincial d'honoraires actuel. En 2002, SC payait 90 % ou moins des honoraires prévus aux barèmes établis l'année précédente pour les dentistes et les denturologues. SC estimait que les coûts de son programme dentaire auraient pu augmenter jusqu'à 20 millions de dollars par année s'il était tenu de verser des honoraires aussi élevés que ceux qu'ACC propose de payer, soit 100 % des honoraires prévus aux barèmes établis pour l'année en cours par les associations provinciales.

À la suite des discussions que les partenaires ont tenues avant de mettre en oeuvre tout changement en 2002, SC et ACC se sont entendus sur une stratégie selon laquelle ils établiront ensemble une norme commune concernant les honoraires à payer aux

fournisseurs de soins dentaires. Cette norme a été fixée à 90 % des tarifs prévus aux barèmes d'honoraires établis l'année précédente par les associations provinciales pour les dentistes et les denturologues. Dès le début de 2004-2005, les deux ministères avaient terminé la mise en oeuvre des changements apportés à leurs programmes respectifs et avaient établi une norme commune pour les honoraires à payer aux fournisseurs de soins dentaires, à une exception près. SC a fixé ses honoraires à 90 % ou moins des tarifs prévus aux barèmes d'honoraires de l'année précédente des associations provinciales, tandis qu'ACC maintient ses honoraires à 90 % des barèmes de l'année en cours.

3.2.2 Gestion du programme

Les partenaires du PFSS ont établi le Comité consultatif fédéral des soins dentaires (CCFSD) au mois de septembre 2000 et celui-ci est financé et administré par SC par l'intermédiaire du Secrétariat du Comité consultatif fédéral des soins dentaires (SCCFSD). L'intérêt manifesté pour l'établissement de ce comité tient à la reconnaissance, par les ministères partenaires, des avantages que SC a tirés de son Comité consultatif des soins dentaires, comité bien établi et relevant du Programme des services de santé non assurés (SSNA) de SC. Ce comité fédéral, qui fonctionne à la manière d'un organe consultatif de spécialistes, permet aux partenaires de bénéficier de conseils et de recommandations impartiaux de spécialistes, dans divers domaines (prestations et programmes de soins dentaires, besoins des patients, modalités des soins et formation en soins dentaires).

Au début du présent exercice, le Secrétariat du CCFSD et le Secrétariat du PFSS ont travaillé en étroite collaboration pour examiner les activités et le mandat du CCFSD afin de le rendre plus efficace et d'améliorer son rôle à titre de comité fédéral. Étant donné que ce travail est terminé, le Secrétariat du CCFSD à SC est maintenant seul responsable de la coordination du CCFSD avec ses ministères partenaires.

3.2.3 Rendement

SC et ACC ont maintenant terminé la mise en oeuvre intégrale d'une norme commune concernant les honoraires payés aux dentistes et aux denturologues. De plus, les membres du PFSS ont terminé les travaux consistant à adapter les activités et le mandat du Comité consultatif fédéral des soins dentaires afin de le rendre plus efficace et d'améliorer son rôle à titre de comité consultatif fédéral.

3.2.4 Activités en cours

Les objectifs de ce domaine de travail ont été atteints. Lorsqu'un autre plan d'activités du PFSS sera élaboré, ce programme fera l'objet d'un examen à titre de priorité constante possible.

3.3 Inhalothérapie

L'inhalothérapie a été incluse dans les activités du PFSS quand on s'est rendu compte que les dépenses annuelles engagées par SC et ACC à l'égard de ce programme montaient en flèche. Au total, les deux ministères y ont fait, en 2004-2005, des dépenses de l'ordre d'un peu plus de sept millions de dollars.

Les besoins en inhalothérapie de la clientèle du MDN et de la GRC sont minimes, mais ces ministères pourraient profiter eux aussi de tout avantage découlant d'ententes négociées par SC et ACC.

3.3.1 Négociations et achats collectifs

La C.-B. étant la seule province à ne fournir aucun service d'inhalothérapie aux clients fédéraux, elle présentait des conditions très particulières pour les ministères fédéraux prestataires de soins de santé. Toutes les autres provinces offrent de tels services, à des degrés divers, à divers clients fédéraux.

SC, ACC et TPSGC ont élaboré et mis en place une offre à commandes principale et régionale (OCPR) pour la prestation de services d'inhalothérapie dans la région du Pacifique (C.-B.) en 2001-2002. Cette OCPR a pris fin au mois de juin 2003. Tous les fournisseurs ont accepté de prolonger les modalités de l'OCPR jusqu'à la fin de l'automne 2003, c'est-à-dire jusqu'au moment où l'on prévoyait avoir mis en place la nouvelle OCPR. Une nouvelle OCPR est entrée en vigueur au mois d'octobre 2003 et est demeurée en vigueur au cours de l'exercice 2004-2005, procurant des économies de 1,51 million de dollars à ACC.

Une OCPR similaire a été mise en oeuvre dans les provinces des Prairies à la fin de l'automne 2003. Étant donné qu'aucune entente n'avait été négociée antérieurement en matière de services d'inhalothérapie dans les provinces des Prairies, les économies estimatives relatives à ces provinces étaient fondées sur la réduction approximative de 30 % des dépenses réalisée grâce à la mise en place de l'OCPR dans la région du Pacifique (C.-B.). En se fondant sur les dépenses actuelles de 1,26 million de dollars engagées par SC pour les provinces des Prairies, on estimait que les économies relatives à ces provinces atteindraient 400 000 $. Ces économies n'ont pas été réalisées parce que les tarifs fédéraux négociés par l'intermédiaire de TPSGC sont demeurés élevés par comparaison aux tarifs de la C.-B. et aux tarifs payés par les gouvernements provinciaux. On explorera des stratégies de rechange pour réduire les tarifs fédéraux.

Comme les services d'inhalothérapie et la clientèle de ceux-ci varient beaucoup d'une province à l'autre, on a effectué une analyse des programmes fédéraux et provinciaux

d'inhalothérapie en vigueur dans le reste du Canada, afin de déterminer s'il existe d'autres possibilités de réaliser des économies en matière d'inhalothérapie dans d'autres régions du pays. Les résultats de cette analyse indiquent qu'il existe d'autres possibilités à cet égard dans toutes les autres provinces. Ces possibilités seront explorées.

3.3.2 Gestion du programme

En 2001-2002, SC et ACC ont procédé à un examen conjoint de leurs programmes, de leurs politiques et de leurs méthodes de prestation de services d'inhalothérapie. L'harmonisation des programmes des deux ministères leur a permis de réunir leurs besoins en matière de services, et donc d'augmenter leur pouvoir d'achat. Selon le rapport annuel de 2001-2002 sur l'ICSS (qui porte maintenant le nom de PFSS), SC a réalisé des économies de 150 000 $. Toutefois, une analyse plus approfondie des données présentement disponibles indique que la mise en oeuvre de ces changements a donné lieu à une réduction immédiate des dépenses pour SC, favorisant une réduction ponctuelle de 949 000 $ sur le plan des dépenses de base liées au programme d'inhalothérapie entre les exercices 2000-2001 et 2001-2002. La mise en oeuvre subséquente d'une OCPR en C.-B. a débouché sur une nouvelle réduction des dépenses, qui a profité aux deux ministères. L'harmonisation continue des programmes d'inhalothérapie de SC et d'ACC permettra de conserver ces économies.

3.3.3 Rendement

L'examen et l'analyse conjoints des politiques ont amélioré la participation aux décisions des ministères ainsi que le processus décisionnel en ce qui concerne les services d'inhalothérapie fournis à la clientèle; ils ont assuré une plus grande cohérence entre les politiques des ministères. Ils ont permis de réduire les coûts tout en améliorant la qualité des soins fournis. Les OCPR des régions du Pacifique et des Prairies ont permis à SC et à ACC de réaliser des économies de 1,8 millions de dollars au cours de l'exercice 2004-2005.

3.3.4 Activités en cours

Des démarches ont été entreprises pour repérer les autres occasions qui pourraient exister dans d'autres provinces du Canada. L'analyse de la protection offerte par le

gouvernement fédéral et par ceux des provinces, en matière d'inhalothérapie, permettra de décider si l'on doit entamer d'autres négociations conjointes, et à quel point.

3.4 Produits et services pharmaceutiques

Au Canada, étant donné que la pratique de la pharmacologie est régie par les provinces et les territoires, il y a douze associations pharmaceutiques, douze guides d'honoraires*, mais pas de régime national d'assurance-médicaments. En 2004-2005, les prestations pharmaceutiques et les fournitures médicales ont coûté 524 millions de dollars aux partenaires du PFSS. Les produits et les services pharmaceutiques constituent la plus importante catégorie de prestations de soins de santé du gouvernement fédéral, et plus d'un million de clients fédéraux y ont droit.

La plupart des achats liés aux soins de santé sont des transactions individuelles au détail. Chaque ministère a établi des critères d'admissibilité de la clientèle concernant l'achat de produits et de services liés aux soins de santé. En général, la clientèle peut se procurer, chez le fournisseur de son choix, des produits ou des services liés aux soins de santé. Lorsqu'une ordonnance est exécutée pour un client du gouvernement fédéral, le pharmacien facture directement le ministère responsable. La seule exception est que le MDN remplit 90 % de ses ordonnances de façon interne dans ses pharmacies militaires et seulement 10 % sont remplies dans des pharmacies externes.

**Il n'y a pas d'association ni de guide d'honoraires au Nunavut*

3.4.1 Négociations et achats collectifs

Au cours des années passées, le PFSS a fourni des services de secrétariat au Comité fédéral-provincial-territorial (FPT) sur l'achat collectif des médicaments et des vaccins. Ce comité a été créé en 1973 à la demande du ministre de la Santé, afin d'exécuter, au nom des gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral, une entente volontaire permanente d'achat collectif de médicaments et de vaccins, par l'intermédiaire de TPSGC. Ce comité a été divisé en deux comités FPT, à savoir le groupe de travail sur l'approvisionnement en vaccins de la Division de l'immunisation et des infections respiratoires de Santé Canada et le groupe sur les achats de médicaments en vrac de TPSGC. Les deux groupes ont notamment pour fonction de déterminer les articles à acheter, les fournisseurs auxquels il faut s'adresser, le type d'instrument à utiliser pour les achats, et les délais d'acquisition. Ces groupes offrent une tribune pour l'examen de toute question pertinente pouvant influer sur les prix, et communiquent un savoir concernant le marché et le secteur qui procure à TPSGC un pouvoir accru dans la négociation de marchés.

Grâce à la méthode de gestion des marchés de TPSGC, ces groupes sont également mieux en mesure de faire en sorte que les membres reçoivent des produits qui satisfont aux normes et aux critères de qualité. L'achat collectif de vaccins et de certains

médicaments et la capacité d'obtenir ainsi des prix plus bas du secteur privé pour ces produits se sont traduits par des économies ou par l'endiguement des coûts. Ce mécanisme d'achat profite particulièrement aux petites provinces, qui auraient autrement plus de difficulté à obtenir de meilleurs prix si elles devaient négocier individuellement. Santé Canada, le MDN et SCC sont au nombre des ministères fédéraux participants. Le MDN signale des économies de l'ordre de 165 000 $, tandis que les données pour Santé Canada et le SCC ne sont pas disponibles.

En juillet 1997, SC, ACC et la GRC ont conclu un accord de deux ans avec la *Saskatchewan Pharmaceutical Association* (qui porte désormais le nom de Representative Board of Saskatchewan Pharmacists, RBSP). En vertu de cet accord, la marge commerciale échelonnée sur les médicaments prescrits a été supprimée et remplacée par un pourcentage fixe; les frais d'ordonnance des médicaments en vente libre ont aussi été supprimés.

On a signé une deuxième entente triennale qui est entrée en vigueur en juillet 2000. Cette entente témoigne de progrès dans les efforts visant à offrir une protection concernant les médicaments plus chers. Bref, les ministères ont convenu de frais d'ordonnance plus élevés en échange d'une réduction de la marge commerciale et d'un plafond de la marge commerciale totale. Des progrès ont également été accomplis dans le mode d'achat des articles en vente libre par l'adoption d'honoraires fixes en remplacement de la marge commerciale et par l'application de frais d'exécution d'ordonnance aux fournitures pour diabétiques, notamment à l'insuline et aux bandelettes réactives. SC, ACC et la GRC ont également convenu de la mise en oeuvre d'un programme à deux volets (pharmacothérapie initiale et « refus de remplir l'ordonnance »). Le PFSS a entamé le processus de renouvellement de cette entente, qui a pris fin en juillet 2003. En raison de changements de personnel au sein de la *Representative Board of Saskatchewan Pharmacists*, les négociations ont été retardées. Des représentants ministériels se sont réunis dans le cadre d'une téléconférence et ont élaboré un certain nombre de stratégies de négociation. Étant donné que cette entente a déjà fait l'objet de négociations à deux reprises, on prévoit que l'on continuera de réaliser le niveau actuel d'économies fondé sur les économies de base initiales et l'indice annuel des prix à la consommation.

3.4.2 Gestion du programme

Les membres du PFSS reçoivent des avis sur des questions liées aux produits pharmaceutiques de plusieurs entités, notamment le Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments (CCCEM), qui relève de l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS), lequel est également responsable de l'Examen commun des médicaments (ECM), ainsi que le Comité fédéral de pharmacologie et de thérapeutique.

L'OCCETS est financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans le but de promouvoir l'utilisation efficace des technologies de la santé au sein des systèmes de soins de santé de partout au Canada, de fournir aux décideurs de l'information actuelle, pertinente, rigoureusement dérivée et fondée sur des données probantes, tout en assurant le soutien des processus de prise de décisions. L'ECM et le CCEM relèvent de l'OCCETS.

Le CCCEM est un organe consultatif indépendant, composé de professionnels de la santé et autres professionnels ayant de l'expertise en matière de pharmacothérapie et d'évaluation des médicaments, qui présente des recommandations au sujet des nouvelles listes de médicaments. L'approche retenue par le CCCEM est axée sur des données probantes et les conseils offerts reposent sur des connaissances médicales et scientifiques, ainsi que sur la pratique clinique et la prestation des soins de santé actuelles.

L'ECM a été conçu par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé. L'ECM offre aux régimes d'assurance-médicaments fédéral, provinciaux et territoriaux participants un processus d'examen unique des nouveaux médicaments ainsi que des recommandations au sujet des inscriptions sur la liste des médicaments couverts au Canada. Ce processus comprend un examen systématique des preuves cliniques et des données pharmaco-économiques disponibles sur les médicaments, et des recommandations formulées par le CCCEM.

Tous les régimes d'assurance-médicaments participant au processus d'examen commun conservent leurs pouvoirs décisionnels quant à la couverture et à l'inscription à la liste des médicaments, en se fondant sur les recommandations du CCCEM et sur d'autres facteurs pertinents spécifiques, tels que le mandat, les priorités et les ressources. Avant l'établissement de l'ECM, chaque régime procédait à ses propres examens des médicaments et disposait de son propre comité d'experts pour formuler des recommandations en ce qui a trait à l'inscription sur la liste de nouveaux médicaments. Par conséquent, l'ECM, permet de réduire les chevauchements et de simplifier le processus d'examen des médicaments. En outre, en participant au processus d'examen commun des médicaments, les organismes membres du PFSS peuvent :

- adopter une approche uniforme et rigoureuse applicable aux examens de médicaments et fournir des recommandations fondées sur des éléments probants en ce qui a trait aux listes de médicaments;
- utiliser le plus efficacement possible les ressources et l'expertise disponibles; et
- avoir un accès égal aux mêmes éléments de preuve et aux conseils d'experts de haut niveau.

Tous les organismes membres du PFSS participent à l'ECM. Le PFSS représente le SCC et la GRC, tandis que le MDN, SC et ACC désignent leurs propres représentants.

Le Comité fédéral de pharmacologie et de thérapeutique, qui relève de Santé Canada, est un organisme consultatif composé de professionnels de la santé qui fournissent aux organismes membres du PFSS des conseils objectifs et pratiques concernant l'inscription à la liste des médicaments, notamment en ce qui a trait à l'ajout de nouvelles indications, à l'inscription de nouveaux médicaments au formulaire ou aux nouvelles concentrations de médicaments existants. Pour l'examen des médicaments, le Comité adopte une approche fondée sur des données probantes et tient compte des connaissances médicales et scientifiques actuelles, de la pratique clinique en cours, de la prestation des soins de santé et des besoins de santé particuliers des clients. Grâce à ces conseils d'expert, les clients fédéraux peuvent bénéficier d'un programme de santé qui tient compte de leurs besoins en matière de santé, facilite le processus de prise de décisions dans le cadre des ressources allouées, et favorise les communications avec les professionnels de la santé. La mise en oeuvre des recommandations du Comité fédéral de pharmacologie et de thérapeutique se fait à la discrétion de chaque ministère, conformément aux politiques et aux lignes directrices qu'il a adoptées et en fonction des besoins particuliers de ses clients.

Le mandat du Comité fédéral de pharmacologie et de thérapeutique fait présentement l'objet d'un examen qui tient compte du processus de l'ECM du CCCEM.

3.4.3 Rendement

Grâce aux tarifs prévus dans l'entente conclue avec la Saskatchewan Pharmacy Asssociation, qui a initialement été mise en place en juillet 2000 et qui a été renouvelée en 2003, on a continué de réaliser des économies/évitements de coûts annuels de l'ordre de 2,215 millions de dollars sur le plan des produits et des services pharmaceutiques. On continuera de présumer ces économies/évitements de coûts jusqu'à ce qu'une nouvelle entente, qui fait présentement l'objet de négociations, soit mise en place pour valider de nouveau ces économies ou les accroître.

L'objectif consistant à établir un comité fédéral de pharmacologie et de thérapeutique a été atteint, et l'échange de données a été avantageux pour tous les ministères. La rigoureuse approche appliquée aux examens de médicaments, dont l'accent mis sur une approche fondée sur des données probantes, a permis aux ministères d'obtenir l'information nécessaire à la prise de décisions pertinentes et justifiables concernant les listes de médicaments. Dans le cadre de la mise en oeuvre de l'EMEC, les régimes d'assurance-médicaments participants s'engagent à modifier leur infrastructure actuelle afin de réduire le chevauchement des efforts puis à intégrer le processus de l'EMEC à leurs nouvelles infrastructures. L'importance des changements, à cet égard, n'a pas encore été analysée à fond.

3.4.4 Activités en cours

Le membres du PFSS poursuivront l'examen du mandat du Comité fédéral de pharmacologie et de thérapeutique. Le processus de l'ECM et la réponse du gouvernement fédéral aux recommendations de la vérificatrice générale en ce qui concerne la gestion des programmes fédéraux de prestations pharmaceutiques doivent être approfondis avant que cet exercice ne puisse être mené à bien. Le PFSS continuera de participer à l'ECM et à assurer la coordination des interventions du SCC et de la GRC, dans le cadre du processus commun d'évaluation des médicaments à l'échelle FPT.

3.4.5 Réponse au Rapport de la vérificatrice générale du Canada

En 2004, le Bureau du vérificateur général du Canada a effectué une vérification de l'optimisation des ressources des programmes de prestations pharmaceutiques administrés par les six organismes membres permanents du Partenariat fédéral pour les soins de santé (PFSS), et le 23 novembre 2004, les résultats de la vérification ont été déposés à la Chambre des communes.

Les organismes partenaires ont approuvé les recommandations de la vérificatrice générale et se sont engagés à y répondre en collaborant par l'intermédiaire du Secrétariat du Partenariat fédéral pour les soins de santé (SPFSS). À la fin de l'automne 2004, sous l'autorité des sous-ministres du PFSS et de la présidente du comité de direction du PFSS, on a établi quatre groupes de travail composés de représentants des six organismes partenaires et du SPFSS afin d'élaborer la réponse du gouvernement fédéral aux recommandations.

L'établissement des groupes de travail visait les objectifs suivants :

- explorer les recommandations formulées et les pratiques efficaces cernées dans le rapport à l'égard des six organismes partenaires du PFSS et des six programmes de prestations pharmaceutiques que ceux-ci administrent;
- cerner les options et les échéanciers des mesures de suivi des recommandations, et de l'adoption des pratiques efficaces à l'échelle des six programmes;
- analyser les options, et proposer les options privilégiées au comité de gestion;
- s'il y a lieu, établir des liens avec d'autres instances et initiatives du secteur des soins de santé, notamment la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques.

Grâce à la coordination et à la direction assurées par le SPFSS, les groupes de travail ont commencé à se réunir au mois de décembre 2004, en premier lieu pour se

familiariser avec les programmes de prestations pharmaceutiques de chacun. Par la suite, les groupes de travail ont élaboré une liste exhaustive des tâches et des activités à entreprendre pour donner suite à toutes les recommandations de la vérificatrice générale.

Au début de 2005, les groupes de travail ont entrepris les tâches et les activités considérées comme étant de première priorité. Les tâches et les activités de première priorité sont les suivantes :

- rédiger un énoncé d'objectifs commun et élaborer des mesures de rendement communes concernant les résultats en matière de rentabilité et de santé;
- cerner les options pour la mise en oeuvre de politiques et de procédures communes en vue de l'examen des interventions des pharmaciens en réponse aux messages d'alerte émis par les systèmes de traitement des demandes;
- déterminer les besoins des ministères en matière d'« évaluation de l'emploi des médicaments » (EEM), dans le but d'établir un cadre commun d'EEM;
- définir le formulaire de base des médicaments et des classes de médicaments courants au sein des six programmes, et une structure de gestion des coûts du formulaire de base commun;
- examiner la faisabilité d'adopter un cadre commun d'établissement de profils des risques et de vérification en vue des vérifications des produits et des services pharmaceutiques.

Ces tâches et ces activités visent à assurer l'exécution de programmes durables de prestations pharmaceutiques qui permettraient d'améliorer les résultats pour la santé des clients admissibles.

Le plan d'action de premier niveau du PFSS, qui définit les activités de collaboration des groupes de travail jusqu'à l'automne 2005, a été présenté au Bureau du vérificateur général (BVG) à la fin de février 2005. Il est prévu de présenter des rapports d'étape sur les activités de ces groupes de travail ainsi qu'un plan d'action de deuxième niveau au BVG au mois d'octobre 2005.

Le plan d'action de premier niveau du PFSS a été fourni sur demande au Comité permanent des comptes publics (CPCP) et au Comité permanent de la santé à la suite de la comparution de plusieurs des organismes partenaires du PFSS devant le comité. Afin de démontrer son appui et sa solidarité à l'égard du PFSS, le directeur exécutif du SPFSS a assisté aux réunions de comité auxquelles les organismes partenaires étaient tenus de comparaître.

3.5 Soins de la vue

En ce qui concerne l'ensemble des ministères membres du PFSS, le total des dépenses de l'exercice 2004-2005 s'établit à 34,5 millions de dollars pour les produits et services relatifs aux soins de la vue.

Le programme des soins de la vue vise une série de produits et services nécessaires sur le plan médical. Dans ce domaine, une partie importante des dépenses est liée au caractère esthétique des montures de lunettes. Le coût de la marge commerciale de ces produits, dont les types varient beaucoup, est donc normalement élevé, ce qui contribue aux facteurs générateurs de coûts du programme. Les ententes de partenariat mises en place en 2000 ont permis de réaliser des économies en combattant cette tendance et en assurant une plus grande uniformité parmi les services offerts. En 2001 et 2002, les membres du Partenariat se sont aperçus que les coûts d'achat au détail enregistraient une réduction substantielle dans un marché concurrentiel, mais que les ministères fédéraux n'en bénéficiaient pas. En conséquence, le PFSS a décidé d'élaborer une méthode d'analyse comparative des prix des lunettes. L'outil d'analyse permet d'améliorer le taux de réussite du PFSS dans ses négociations de plafonds pour les coûts des produits. Il appuie également les efforts des ministères qui veulent offrir des programmes plus uniformes, d'une région à l'autre. En 2003 et 2004, les ministères se sont rendu compte qu'il fallait définir plus précisément leurs politiques sur les produits de soins de la vue pour veiller à ce que les demandes soient présentées en fonction du prix de gros. Suivant ce constat, des recherches et des négociations ont été entreprises dans la région atlantique du Canada pour dresser une grille complète des tarifs des laboratoires dans le but d'établir des prix de gros maximum pour tous les produits des soins de la vue.

En ce qui a trait à la prestation des services, certains ministères partenaires (c.-à-d. SC, ACC, la GRC) utilisent des ententes négociées avec des associations professionnelles pour que leurs clients puissent s'adresser au fournisseur de leur choix et d'autres (comme le MDN, le SCC) choisissent de faire affaire avec des fournisseurs particuliers au moyen de conventions d'offre à commandes (COC) conclues en leur nom par TPSGC.

3.5.1 Négociations et achats collectifs

SC, la GRC et ACC ont continué de travailler en collaboration avec des associations d'optométristes pour conclure des ententes de fourniture de produits et services optométriques à l'intention de leur clientèle; quant au SCC et au MDN, ils ont toujours recours aux COC. Les partenaires ministériels, notamment Citoyenneté et Immigration Canada (CIC), le Service correctionnel du Canada (SCC), Santé Canada (SC), la Gendarmerie Royale du Canada (GRC) et Anciens Combattants Canada (ACC), peuvent avoir accès à toutes les COC du ministère de la Défense nationale (MDN) au pays, s'ils le veulent.

En 2004-2005, une stratégie du PFSS en matière de négociations était établie et mise en œuvre au Québec, dans les provinces de l'Atlantique, en Saskatchewan et en Alberta.

En avril 2004, SC et ACC signaient leur première lettre d'accord collectif avec l'Association des optométristes du Québec, en vertu de laquelle des coûts plafonds étaient fixés pour deux ans.

En Saskatchewan et en Alberta, la GRC et ACC ont maintenu un plafond stratégique pour leurs coûts tout au long de l'exercice afin d'appuyer SC dans son processus de négociations avec les associations provinciales d'optométristes. En février 2005, SC réussissait la conclusion d'un accord avec l'association des optométristes de la Saskatchewan (SAO), mettant ainsi un terme aux traditionnelles escalades de coûts observées au sein des ministères fédéraux en misant sur son volume d'activités plus important pour s'entendre sur des coûts correspondant mieux aux points repères moins élevés observés pour les transactions provinciales et de détail. En Alberta, les négociations de SC devraient se conclure au début du prochain exercice financier.

Par ailleurs, SC, la GRC et ACC ont contenu les augmentations à une hausse de 2,3 % de l'indice des prix à la consommation (IPC), pour une période de 12 mois avec les associations des optométristes des provinces de l'Atlantique.

Pour l'exercice 2004-2005, grâce à cette stratégie coordonnée, SC, la GRC et ACC ont réalisé des économies de coûts de 64 947 $ en fixant un plafond à cet effet, évitant par le fait même une hausse prévue de l'IPC de l'ordre 2,1 % en Alberta, Saskatchewan et Québec.

3.5.2 Gestion du programme

Toutes les ententes de soins de la vue comportent des définitions précises des frais de service. De cette façon, les services offerts aux clients fédéraux répondent aux normes professionnelles applicables et l'optimisation des ressources au sein des ministères est assurée.

Les ministères se sont rendu compte qu'il fallait préciser davantage leurs politiques de définition des prix de gros ou d'acquisition de produits et les diffuser pour s'assurer que les demandes des fournisseurs soient présentées sur la base des prix de gros. Des recherches et des négociations ont eu lieu dans la région atlantique du Canada afin de mettre au point une grille complète des tarifs des laboratoires en vue d'établir des plafonds pour le prix de gros des produits liés à toutes les catégories des avantages pour soins de la vue. La mise en œuvre de cette grille, prévue pour le prochain exercice, donne déjà des résultats positifs auprès des partenaires, à l'appui de l'analyse comparative.

L'élaboration et la mise en œuvre d'une « analyse de montants forfaitaires » a donné lieu aux premières comparaisons interministérielles nationales des programmes de soins de la vue, ce qui a ouvert la voie à une plus grande uniformité nationale sur le plan de ces avantages médicaux ainsi qu'à une collaboration plus étroite et efficace entre les ministères dans le domaine des soins de la vue. En outre, les comparaisons des coûts entre les ministères ont permis de mieux comprendre la nécessité d'établir une stratégie nationale en matière de négociations, visant notamment une meilleure harmonisation entre les partenaires fédéraux.

3.5.3 Rendement

Avec le temps, les partenaires ont continuellement établi des plafonds pour les coûts ou, stratégiquement parlant, avalisé certaines hausses dans le cadre des limites établies. Malheureusement, ceci a donné lieu à plus de tensions et de conflits avec les associations d'optométristes, dont le mandat consiste à obtenir les hausses les plus importantes possibles pour les optométristes. Ainsi, les négociations dans certaines provinces, notamment en Colombie-Britannique (SC, GRC, ACC), en Alberta (GRC, ACC) et en Saskatchewan (GRC, ACC) n'ont pas donné les résultats escomptés, c'est-à-dire des ententes avec les associations des optométristes des provinces. Par la suite, le PFSS a rajusté ses prévisions d'économies pour mieux illustrer cette tendance. Voir la remarque ci-dessous pour plus de détails à ce sujet.

Les ententes sur les soins de la vue comportent maintenant des définitions précises, répondent à des normes professionnelles adéquates, et, de ce fait, les ministères sont assurés d'obtenir le meilleur rapport qualité/prix. En outre, une grille complète des tarifs des laboratoires a été établie au cours du présent exercice financier, laquelle présente les prix de gros maximum pour les produits de soins de la vue. Ainsi, les éléments compris dans les services et les produits sont maintenant bien définis dans les négociations en cours et contribuent à l'uniformité du programme dans ses services aux clients.

Remarque : Parmi les facteurs qui ont donné lieu à d'importantes réductions de coûts par rapport aux économies prévues pour 2004-2005, mentionnons les suivants :

1) Les économies prévues d'environ 1,5 million de dollars dans le cadre d'une entente sur les soins de la vue avec la Colombie-Britannique n'ont pas été réalisées en 2004-2005. Malgré tous les efforts déployés de la part des partenaires, l'association des optométristes de la Colombie-Britannique a refusé la réduction de tarifs proposée dans les dispositions d'une entente.

2) On est d'avis que les économies ont atteint une certaine stabilité dans les provinces de l'Atlantique, en Saskatchewan et en Alberta.

3) En raison de la date limite pour la présentation du plan d'activités du PFSS de 2004-2007, les économies prévues sont fondées sur le dernier trimestre de 2003-2004. Ce faisant, les prévisions économiques sont surestimées.

3.5.4 Activités en cours

Parmi les activités du programme des soins de la vue, mentionnons les suivantes :

- l'administration de l'entente avec les provinces de l'Atlantique, dont la mise en œuvre d'une grille complète des tarifs des laboratoires;

- l'élaboration d'une stratégie nationale en matière de négociation et l'uniformisation des éléments du programme seront explorées au sein du partenariat. Les travaux dépendront des résultats de l'établissement des priorités et de l'analyse coûts-avantages au sein du partenariat.

3.6 Recyclage du matériel

ACC exécute un programme de recyclage du matériel depuis 1998. Après avoir débuté en Ontario, le programme s'étend maintenant aux régions du Pacifique et des Prairies. L'objet du programme était et demeure de verser le matériel médical dans un inventaire accessible afin de répondre aux besoins d'ACC et d'autres clients. En dernier ressort, la perspective du programme intégralement mis en oeuvre, rationalisé et stabilisé est d'étendre ses services à l'échelle nationale et d'obtenir la participation d'autres ministères fédéraux. Avant l'institution du Partenariat fédéral pour les soins de santé (PFSS), le recyclage du matériel à Anciens Combattants Canada se faisait de façon autonome dans chaque région, conformément aux normes et procédures régionales.

À ce jour, plusieurs partenariats ont été établis. En particulier, ACC participe à ceux des régions du Pacifique, des Prairies et de l'Ontario; Services de santé non assurés de Santé Canada participe également à celui de la région du Pacifique. Toutefois, deux régions, l'Atlantique et le Québec, n'adhèrent pas encore au projet.

Des entrepreneurs privés sont chargés d'entreposer, de réparer et de redistribuer le matériel médical qui, après avoir été acheté à l'état neuf et retourné à ACC par le client, est réintroduit dans le système de suivi central situé à Kirkland Lake (Ontario) (créé en juin 2004) et redistribué aux clients qui ont les mêmes besoins. Pour l'exercice 2004-2005, le programme a permis d'économiser 3,6 millions de dollars (des économies brutes de 4 995 580 $ moins des dépenses de 1 393 953 $).

3.6.1 Négociations et achats collectifs

Dans le cadre de cette initiative du PFSS, ACC et SC dans la région du Pacifique ont établi une convention d'offre à commandes visant le recyclage du matériel et des instruments médicaux par l'entremise de TPSGC et, en juin 2002, ACC a mis en oeuvre un projet pilote. En décembre 2002, SC s'est joint à ACC dans le cadre de ce projet pilote du PFSS dans la région du Pacifique afin que ce programme conjoint s'étende par la suite à l'ensemble du pays. Par rapport au calendrier, les progrès de cette activité accusaient un retard d'un an, mais au cours de l'exercice 2004-2005, ACC et SC s'approvisionnaient en matériel recyclé à même un inventaire commun. La région des Prairies (ACC) a adhéré au programme de recyclage du matériel en novembre 2003.

3.6.2 Gestion du programme

En plus d'exercer son rôle de gestionnaire du programme, le PFSS a offert conseils et soutien au personnel du programme de recyclage du matériel ainsi que la formation en vue de la mise en oeuvre du programme à ACC. On s'y est toujours efforcé d'évaluer le programme, à la fois dans son ensemble et par ministère, et de faire des recommandations en vue d'économies plus efficaces et plus substantielles. Le programme présente notamment les avantages suivants :

- ✓ utilisation efficace du personnel et des ressources;
- ✓ utilisation maximale de l'inventaire du matériel médical et des ressources; le matériel acquis par un ministère peut être distribué de nouveau au client d'un autre ministère;
- ✓ possibilité d'économies futures (c'est-à-dire que l'analyse statistique de l'inventaire électronique pourrait conduire à l'achat en vrac au niveau national);
- ✓ visibilité de l'inventaire, particularités et état du matériel;
- ✓ identification rapide du matériel et de son emplacement en cas de rappels.

3.6.3 Rendement

Un examen détaillé du programme de recyclage au moyen des données fournies par la Croix Bleue et le Système de comptabilisation des traitements comme source des données essentielles, des coûts du nouveau matériel pour une analyse comparative ainsi que des coûts opérationnels du programme a révélé, pour l'exercice 2004-2005, des économies estimatives générales de plus de 3,6 millions de dollars directement attribuables à cette initiative. En voici la répartition par région :

- ♦ Région de l'Ontario - 713 399 $
- ♦ Région du Pacifique - 1 242 853 $
- ♦ Région des Prairies - 1 645 373 $

3.6.4 Activités en cours

En novembre 2004, les responsables du PFSS ont examiné intégralement tous les secteurs du programme de recyclage du matériel dans le but de renforcer les cadres de travail, les structures des politiques et l'obligation de rendre compte et, en dernier ressort, de favoriser d'autres adhésions au programme à la fois au sein d'ACC et

d'autres ministères. Dans les régions et à l'Administration centrale d'ACC à Charlottetown (Î.-P.-É.), des progrès ont été réalisés afin d'appuyer la mise en oeuvre intégrale de ce programme enthousiasmant et valable.

Le PFSS a déterminé un autre secteur pouvant permettre de réaliser des économies, soit celui de la vente de matériel médical excédentaire. Depuis décembre 2001, le Centre de distribution des biens de la Couronne avait officiellement mis fin à toutes les ventes de matériel médical excédentaire en raison de l'application du Règlement sur les instruments médicaux de Santé Canada dans la mesure où il s'agit de l'aliénation de biens excédentaires visés par le Règlement. Cette mesure a eu pour effet d'occasionner, par rapport au programme, un afflux de matériel excédentaire et, par la suite, des coûts supplémentaires au titre de l'entreposage et du stockage d'articles. En conséquence, par effet direct du PFSS, avec la participation de quatre ministères et du Secrétariat du Conseil du Trésor, un comité a été créé et chargé de traiter de ces questions. Au début de 2005, par suite d'une approbation de l'Administration centrale, il a été résolu de reprendre la vente d'appareils médicaux et fonctionnels, assortie cependant de certaines limites. Les économies réalisées en conséquence directe de la réduction des coûts de stockage et de la vente du matériel excédentaire seront substantielles. Elles seront évaluées au cours de l'exercice 2005-2006. En outre, on étudie actuellement la possibilité de faire des dons à des organismes caritatifs.

On effectuera un examen annuel du programme de recyclage afin de rationaliser le processus, de vérifier les économies réalisées et de chercher d'autres possibilités d'économiser.

3.7 Gestion de l'information sur la santé

Le développement et la mise en oeuvre de systèmes électroniques d'information sur la santé au sein du gouvernement fédéral, et particulièrement dans les ministères qui participent au PFSS, comportent la possibilité de réaliser des économies d'échelle et de partager des connaissances. Il est nécessaire de cerner les exigences communes, d'évaluer les possibilités de collaborer, de partager les leçons à tirer ou les solutions éprouvées ainsi que d'élaborer des plans susceptibles de dégager des économies d'échelle qui ne seraient pas réalisées par des ministères agissant seuls.

La croissance des systèmes électroniques d'information sur la santé dépend principalement des activités d'Inforoute Santé du Canada (ISC). À titre d'organisme sans but lucratif et indépendant établi par les gouvernements fédéral et provinciaux, ISC élabore des normes pancanadiennes qui, lorsqu'elles seront adoptées, constitueront des systèmes électroniques d'information sur la santé compatibles. D'autres organismes, comme l'Association canadienne de normalisation (ACN) et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), établissent également des normes visant les systèmes électroniques d'information sur la santé. Les autorités provinciales de la santé ont grandement facilité l'élaboration de ces normes, et la participation des ministères qui adhèrent au PFSS a jusqu'à maintenant été limitée. En outre, ces ministères n'ont pas été informés des nouvelles normes parce qu'ils n'ont pas participé à leur élaboration.

Les ministères investissent dans les systèmes de gestion de l'information sur la santé, et il faut s'assurer ces systèmes fédéraux soient conformes aux nouvelles normes. En conséquence, le PFSS élabore actuellement une stratégie de cybersanté qui servira de norme ou de plan d'architecture d'entreprise dans le champ de compétence fédéral.

3.7.1 Négociations et achats collectifs

Inforoute Santé du Canada (ISC) et d'autres organismes de normalisation ont exprimé le voeu d'avoir affaire à un seul organisme du gouvernement fédéral. En conséquence, le Secrétariat du PFSS représentera les ministères membres du PFSS à toutes les réunions de l'ISC. Il coordonnera les réponses fédérales aux demandes d'information de divers organismes tout en communiquant aux ministères membres du PFSS l'information sur les programmes et le travail relatif à l'élaboration des normes d'Inforoute.

En étroite association avec le personnel du dirigeant principal de l'information au Secrétariat du Conseil du Trésor, le Secrétariat du PFSS élaborera la stratégie de cybersanté au nom des ministères membres. Il obtiendra aussi certains services de consultation ou professionnels au nom des ministères membres. Actuellement, le

3.7 Gestion de l'information sur la santé

Le développement et la mise en oeuvre de systèmes électroniques d'information sur la santé au sein du gouvernement fédéral, et particulièrement dans les ministères qui participent au PFSS, comportent la possibilité de réaliser des économies d'échelle et de partager des connaissances. Il est nécessaire de cerner les exigences communes, d'évaluer les possibilités de collaborer, de partager les leçons à tirer ou les solutions éprouvées ainsi que d'élaborer des plans susceptibles de dégager des économies d'échelle qui ne seraient pas réalisées par des ministères agissant seuls.

La croissance des systèmes électroniques d'information sur la santé dépend principalement des activités d'Inforoute Santé du Canada (ISC). À titre d'organisme sans but lucratif et indépendant établi par les gouvernements fédéral et provinciaux, ISC élabore des normes pancanadiennes qui, lorsqu'elles seront adoptées, constitueront des systèmes électroniques d'information sur la santé compatibles. D'autres organismes, comme l'Association canadienne de normalisation (ACN) et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), établissent également des normes visant les systèmes électroniques d'information sur la santé. Les autorités provinciales de la santé ont grandement facilité l'élaboration de ces normes, et la participation des ministères qui adhèrent au PFSS a jusqu'à maintenant été limitée. En outre, ces ministères n'ont pas été informés des nouvelles normes parce qu'ils n'ont pas participé à leur élaboration.

Les ministères investissent dans les systèmes de gestion de l'information sur la santé, et il faut s'assurer ces systèmes fédéraux soient conformes aux nouvelles normes. En conséquence, le PFSS élabore actuellement une stratégie de cybersanté qui servira de norme ou de plan d'architecture d'entreprise dans le champ de compétence fédéral.

3.7.1 Négociations et achats collectifs

Inforoute Santé du Canada (ISC) et d'autres organismes de normalisation ont exprimé le voeu d'avoir affaire à un seul organisme du gouvernement fédéral. En conséquence, le Secrétariat du PFSS représentera les ministères membres du PFSS à toutes les réunions de l'ISC. Il coordonnera les réponses fédérales aux demandes d'information de divers organismes tout en communiquant aux ministères membres du PFSS l'information sur les programmes et le travail relatif à l'élaboration des normes d'Inforoute.

En étroite association avec le personnel du dirigeant principal de l'information au Secrétariat du Conseil du Trésor, le Secrétariat du PFSS élaborera la stratégie de cybersanté au nom des ministères membres. Il obtiendra aussi certains services de consultation ou professionnels au nom des ministères membres. Actuellement, le

personnel du PFSS étudie la possibilité de créer, pour les services professionnels, une convention d'offre à commandes que pourraient utiliser tous les ministères membres qui élaborent et mettent actuellement en oeuvre des technologies de l'information et des communications concernant les services de santé.

3.7.2 Gestion du programme

Pour appuyer les activités du PFSS, le Secrétariat du PFSS a comblé un poste de dirigeant principal de l'information (DPI) et a créé le groupe de travail sur la gestion de l'information sur la santé où sont représentés chaque ministère membre et d'autres ayant exprimé de l'intérêt à l'égard de cette activité.

3.7.3 Rendement

L'objectif est de créer, sur une période de deux ans, une stratégie de cybersanté concernant le champ de compétence fédéral en matière de santé. Il existe deux objectifs stratégiques :

1. Le PFSS favorisera une plus grande collaboration entre les partenaires tandis qu'Inforoute Santé du Canada élabore une approche intégrée à l'égard des projets fédéraux relatifs à l'information électronique sur la santé. L'accent portera surtout sur le dossier électronique de santé.

2. Pour définir les besoins du champ de compétence fédéral en santé, éviter les chevauchements et voir à ce que les ministères reconnaissent et intègrent les nouvelles normes pancanadiennes visant l'information électronique en matière de santé, le PFSS amorcera la stratégie d'information sur la santé des partenariats fédéraux en matière de soins de santé.

Ces buts sont directement reliés aux objectifs du PFSS, à savoir :

- réaliser des économies d'échelle tout en améliorant la prestation de soins;
- exercer du leadership concernant les enjeux stratégiques.

3.7.4 Activités en cours

En 2004-2005, le Secrétariat du PFSS a poursuivi la définition de l'architecture de référence du champ de compétence fédéral. En outre, des représentants des ministères membres ont été assignés à divers groupes de travail d'Inforoute Santé du Canada afin d'aider à élaborer un dossier électronique de santé (DES) et afin que les exigences fédérales soient intégrées au nouveau document provisoire du DES. Le Secrétariat du PFSS a continué à représenter les ministères qui en sont membres auprès du forum du DPI d'Inforoute.

3.8 Représentants fédéraux-provinciaux-territoriaux (FPT)

Le mandat du PFSS consiste à améliorer la gestion horizontale des questions relatives à la santé au niveau fédéral. Afin de relever ce défi, les ministères partenaires ont décidé d'établir des liens plus solides entre, d'une part, les activités du partenariat du PFSS et, d'autre part, les programmes de santé plus larges relevant du gouvernement du Canada, et de ceux des provinces et des territoires. Conformément à un accord intervenu en 2002 au niveau des sous-ministres, les ministères partenaires du PFSS seront représentés à un certain nombre de comités fédéraux-provinciaux-territoriaux relativement aux questions des soins de santé.

Une telle approche constitue un élargissement du travail de soutien effectué par le PFSS auprès de Santé Canada, qui assume le rôle de chef de file dans la politique et le leadership relatifs à la santé à l'échelle nationale. Le PFSS se chargera de déterminer et de représenter les intérêts des ministères prestataires de soins de santé au sein des comités, sous-comités et groupes de travail fédéraux-provinciaux-territoriaux et de présenter les résultats aux ministères. En outre, les représentants du PFSS dirigeront ou réaliseront les travaux nécessaires entre les réunions fédérales-provinciales-territoriales.

Ces mesures fourniront aux provinces et aux territoires un point d'accès unique aux organismes fédéraux de prestation de soins de santé et favoriseront l'utilisation optimale des ressources. Les provinces et les territoires se disent également fort désireux de collaborer plus étroitement avec leurs homologues fédéraux en matière de prestation de soins de santé.

Parmi les participations à ce jour, mentionnons la représentation du PFSS au comité consultatif sur le programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM), le Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments (SCPUOM) et un rôle en matière d'élaboration dans les domaines des soins à domicile et des soins continus.

3.8 Représentants fédéraux-provinciaux-territoriaux (FPT)

Le mandat du PFSS consiste à améliorer la gestion horizontale des questions relatives à la santé au niveau fédéral. Afin de relever ce défi, les ministères partenaires ont décidé d'établir des liens plus solides entre, d'une part, les activités du partenariat du PFSS et, d'autre part, les programmes de santé plus larges relevant du gouvernement du Canada, et de ceux des provinces et des territoires. Conformément à un accord intervenu en 2002 au niveau des sous-ministres, les ministères partenaires du PFSS seront représentés à un certain nombre de comités fédéraux-provinciaux-territoriaux relativement aux questions des soins de santé.

Une telle approche constitue un élargissement du travail de soutien effectué par le PFSS auprès de Santé Canada, qui assume le rôle de chef de file dans la politique et le leadership relatifs à la santé à l'échelle nationale. Le PFSS se chargera de déterminer et de représenter les intérêts des ministères prestataires de soins de santé au sein des comités, sous-comités et groupes de travail fédéraux-provinciaux-territoriaux et de présenter les résultats aux ministères. En outre, les représentants du PFSS dirigeront ou réaliseront les travaux nécessaires entre les réunions fédérales-provinciales-territoriales.

Ces mesures fourniront aux provinces et aux territoires un point d'accès unique aux organismes fédéraux de prestation de soins de santé et favoriseront l'utilisation optimale des ressources. Les provinces et les territoires se disent également fort désireux de collaborer plus étroitement avec leurs homologues fédéraux en matière de prestation de soins de santé.

Parmi les participations à ce jour, mentionnons la représentation du PFSS au comité consultatif sur le programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM), le Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments (SCPUOM) et un rôle en matière d'élaboration dans les domaines des soins à domicile et des soins continus.

4. AVANTAGES QUALITATIFS

Les ministères partenaires du PFSS ont tenté d'évaluer les avantages qualitatifs obtenus grâce aux efforts consentis par le partenariat. Dans l'environnement complexe du PFSS, cette analyse a permis de mesurer l'importance de ces avantages qui constituent l'essence des efforts de coopération qui font du PFSS un modèle de gestion horizontale efficace.

Voici certains domaines dans lesquels les ministères partenaires ont cerné des avantages qualitatifs découlant de la collaboration horizontale :

Un processus décisionnel amélioré grâce à ce qui suit :

- le recours systématique à une approche fondée sur des données probantes;
- une plus grande cohérence dans les conseils donnés aux cadres supérieurs et aux ministres des divers ministères, sans porter atteinte à l'autonomie dont les ministères ont besoin pour adapter leurs décisions à leurs mandats et aux besoins particuliers de leur clientèle;
- une planification des activités de meilleure qualité;
- une plus grande confiance dans les décisions prises, parce qu'elles sont fondées sur les conseils de spécialistes;
- un réseau de sources de renseignements comprenant notamment les gouvernements provinciaux, des ministères et organismes fédéraux et des spécialistes du secteur privé et du milieu universitaire.

La réduction ou l'endiguement des coûts grâce à ce qui suit :

- une utilisation plus efficiente des ressources ministérielles;
- une réduction du chevauchement des activités;
- une plus grande sensibilisation aux dépenses ministérielles;
- de meilleurs résultats grâce à un réseau conjugué de soutien aux négociations.

L'échange de renseignements entre les ministères permet ce qui suit :

- la mise en commun de données, renseignements et connaissances.
- une tribune pour l'échange d'information et de connaissances.
- des occasions pour les ministères de définir les avantages découlant de leurs efforts de coopération.
- une plus grande sensibilisation aux points communs entre les ministères, ainsi qu'aux possibilités de partenariats.
- un réseau de personnes-ressources dans tous les ministères et l'accès aux conseils de spécialistes;
- un modèle à valeur ajoutée de gestion horizontale pour la prestation des programmes des organismes participants.

L'analyse de l'information permet ce qui suit :
- l'accès à une information de grande qualité sur des questions d'intérêt commun;
- une utilisation accrue des données sur l'actif et les ressources;
- un meilleur accès aux recherches et aux bases de données;
- une plus grande sensibilisation aux besoins et aux dépenses des ministères.

Les ateliers sur des questions ayant trait au PFSS permettent ce qui suit :
- l'amélioration des compétences du personnel;
- de meilleures capacités d'analyse et de négociation;
- la rationalisation des méthodes employées par le personnel et de sa formation;
- le transfert des connaissances entre collègues.

La gestion améliorée de programmes permet ce qui suit :
- un modèle de gestion horizontale des opérations gouvernementales;
- des capacités ministérielles accrues en matière d'analyse dans le cadre de comparaisons interministérielles;
- l'établissement de partenariats et d'alliances stratégiques;
- un meilleur positionnement de chaque ministère en vue de futurs projets de partenariat;
- des atouts et perspectives d'affaires améliorés pour chaque ministère;
- l'harmonisation avec les priorités et les objectifs du gouvernement fédéral.

Une meilleure réputation ou une image améliorée, c'est-à-dire :
- une plus grande cohérence dans le traitement des demandes et dans les relations avec les intervenants;
- une meilleure connaissance et une meilleure compréhension des pratiques de l'industrie;
- un pouvoir de négociation accru;
- la mise en commun de connaissances et d'expériences par les ministères permettant aux gestionnaires de corriger et même de prévenir les problèmes.

Les ministères partenaires ont continué de collaborer dans divers domaines d'intérêt commun, notamment l'élaboration d'une stratégie fédérale commune concernant les technologies de l'information et des communications (TIC) en santé. Ils ont accepté de collaborer à l'étude des enjeux complexes comme la sécurité des données, la protection des renseignements personnels, l'établissement de liens avec des initiatives provinciales, ainsi qu'à l'examen des perspectives d'investissement conjoint avec Inforoute Santé du Canada Inc. La récente réglementation des produits de santé naturels (PSN) constitue un autre domaine d'intérêt commun pour les ministères partenaires. Le PFSS a tenu les ministères partenaires au courant des décisions prises par la Direction des produits de santé naturels (DPSN) et il adoptera une approche

commune d'évaluation des produits de santé naturels récemment visés par la réglementation en vue de leur intégration possible aux formulaires fédéraux. L'approche commune sera probablement assurée par le Comité fédéral de pharmacologie et de thérapeutique. Toutefois, la demande prévue pour ces articles ne s'est pas encore concrétisée.

Un exemple très éloquent d'amélioration des résultats grâce à des initiatives conjointes est celui des négociations collectives et du travail d'élaboration des politiques dans le domaine de l'audiologie. Un protocole d'entente a été renouvelé avec la Canadian Auditory Equipment Association (CAEA) qui représente les fabricants canadiens de prothèses auditives; l'approche innovatrice en matière de négociations de ce protocole est largement reconnue. Vu son succès, les partenaires fédéraux ont appliqué la pratique exemplaire de fixer les droits d'utilisation des produits en fonction des prix de gros à d'autres secteurs de programmes comme celui des soins de la vue.

Divers projets bilatéraux efficaces ont également été mis en oeuvre à l'extérieur du cadre du PFSS, mais qui découlent directement des liens établis grâce au réseautage, aux contacts et aux relations de travail établies par le biais du PFSS. Les ministères partenaires ont l'occasion d'échanger des renseignements et d'obtenir de l'information sur des questions d'intérêt commun grâce au réseau du PFSS.

Par l'intermédiaire du PFSS, les gestionnaires des programmes de services de pharmacie des ministères ont participé à d'importants échanges de renseignements, ce qui a donné lieu à la coordination de politiques, une meilleure harmonisation des formulaires et une meilleure sensibilisation aux nouveaux enjeux.

5. ASPECTS FINANCIERS SAILLANTS

Au cours de la période de déclaration 2004-2005, des économies de plus de 19,4 millions de dollars ont été réalisées grâce à des ententes visant les programmes d'audiologie, de recyclage du matériel médical, d'inhalothérapie, des produits et des services pharmaceutiques et des soins de la vue. Les coûts réels liés aux activités du PFSS ont été de l'ordre de 2,5 millions de dollars pour 2004-2005, pour des économies nettes de 16,8 millions de dollars (les économies nettes du PFSS sont les économies réalisées au cours de l'exercice, moins les coûts liés aux activités du même exercice).

Les économies projetées pour l'exercice 2004-2005, fondées sur le plan d'activités du PFSS pour 2004-2007, étaient de 23,9 millions, et les économies nettes de 20,2 millions de dollars. Si les économies nettes réelles, correspondant à plus de 85 % des objectifs visés, sont inférieures aux économies projetées, ces dernières sont les meilleures estimations au moment de la planification et n'ont pas été atteintes en raison de divers facteurs :

- les prévisions étaient fondées sur la réalisation complète de toutes les activités prévues au calendrier pour la période de déclaration de l'exercice, et sur l'hypothèse qu'il n'y aurait pas de priorités concurrentes pour les ministères partenaires ou de changement dans les secteurs des ressources financières ou humaines, alors que de tels changements se sont produits dans les faits;
- les économies de coûts projetées dépendaient de la date et du niveau de la mise en œuvre des activités planifiées ainsi que du choix du moment opportun pour celles-ci, facteurs qui ne se sont pas toujours avérés conformes aux projections;
- dans certains cas, les membres du partenariat n'ont pas réussi à négocier les meilleurs prix liés à de nouvelles ententes ou à renégocier de meilleurs prix pour les ententes déjà en place; par conséquent, les économies projetées n'ont pas pu être réalisées;
- les activités projetées ont été, dans bien des cas, retardées ou annulées, ou se sont étalées sur une plus longue période que prévue;
- les ministères partenaires ont passé en revue la priorité de leurs activités accordant parfois moins d'importance à certaines, ce qui a eu pour effet de retarder ou d'annuler, tout simplement, la possibilité de réaliser les économies anticipées;
- le PFSS a dû prendre les rênes de quelques projets imprévus et a donc dû changer ses priorités en ce qui concerne ses programmes existants et ses ressources humaines pour répondre à ces demandes.

Des explications concernant chacun des secteurs de programme sont présentées dans la section pertinente du présent rapport.

5.1 Tableau des économies et des dépenses du PFSS

	2002-2003		2003-2004		2004-2005	
	Projetées	Réelles	Projetées	Réelles	Projetées	Réelles
ÉCONOMIES	14,900,000	11,588,000	17,630,000	19,916,045	23,883,922	19,406,608
DÉPENSES	2,500,000	2,106,500	2,630,000	2,441,350	3,685,880	2,579,318
ÉCONOMIES NETTES	12,400,000	9,481,500	15,000,000	17,474,695	20,198,042	16,827,290

5.1 Tableau des économies et des dépenses du PFSS

	2002-2003		2003-2004		2004-2005	
	Projetées	Réelles	Projetées	Réelles	Projetées	Réelles
ÉCONOMIES	14,900,000	11,588,000	17,630,000	19,916,045	23,883,922	19,406,608
DÉPENSES	2,500,000	2,106,500	2,630,000	2,441,350	3,685,880	2,579,318
ÉCONOMIES NETTES	12,400,000	9,481,500	15,000,000	17,474,695	20,198,042	16,827,290

5.2 Partenariat fédéral pour les soins de santé - Résumé des contributions ministérielles

MINISTÈRE	Total des contributions du Secrétariat du PFSS et des ministères (y compris les salaires, les services professionnels, la formation, le fonctionnement et l'entretien et les déplacements)		
	2002-2003	2003-2004	2004-2005
SCC	38 000 $	45 000 $	65 000$
MDN	53 375 $	98 000 $	91 000 $
SC	590 750 $	686 350 $	806 318 $
GRC	58 125 $	87 000 $	107 300 $
ACC	218 750 $	255 375 $	$285 000 $
TPSGC	100 625 $	121 000 $	121 000 $
CT	7 700 $	7 700 $	7 700 $
CIC	4 687 $	0 $	0,00 $
ACDI	4 687 $	0 $	0,00 $
BCP	5 626 $	0 $	0,00 $
Total des contributions ministérielles	1 082 325 $	1 300 425 $	1 483 318 $
Coûts - Secrétariat du PFSS	1 016 000 $	1 141 000 $	1 096 000 $
Coûts totaux - PFSS	2 098 325 $	2 441 425 $	2 579 318 $

Les contributions des ministères sont déterminées en évaluant le temps consacré par leur personnel aux activités du PFSS (converti en crédits salariaux) et les dépenses relatives à la réalisation des programmes, notamment les déplacements, le fonctionnement et l'entretien, les services professionnels et ainsi de suite. Le plan d'activités de l'ICSS (maintenant le PFSS) de 2001-2004 prévoyait que Santé Canada affecterait au PFSS les coûts liés à la mise sur pied du Comité fédéral de pharmacologie et de thérapeutique ainsi que de son comité consultatif fédéral des soins dentaires. Cela explique la contribution considérablement plus élevée de Santé Canada par rapport à celles des autres ministères partenaires.

Annexe A : Tableau récapitulatif des activités

Activités	Achevées en 2004-2005	En cours	Économies annuelles (prévisions entre parenthèses)
Services d'audiologie			
• Renouvellement prévu de l'entente avec la CAEA - 2 novembre 2004	✓		**11 850 036 $** (11 113 750 $)
• Examen et analyse conjoints en vue d'une plus grande normalisation entre les partenaires		✓	
Services dentaires			
• Norme commune relative aux honoraires versés pour soins dentaires : • Mise en oeuvre des modifications du programme afin d'atteindre une norme commune relative aux honoraires pour soins dentaires	**Achevée**		**ACC pourrait faire état d'économies dans ce secteur de programme** (725 000)

• Comité consultatif fédéral des soins dentaires :
  • Examen des activités
  • Examen du mandat
	Achevée		

Inhalothérapie			
• Conventions d'offre à commandes (COC) visant l'inhalothérapie : • Étendre la COC visant l'inhalothérapie à la région des Prairies		✓	**1 510 000 $** (1 900 000 $)
• Analyser les possibilités d'étendre la COC visant l'inhalothérapie à d'autres régions et élargir, selon le cas		✓	
• Renégocier la COC de la région du Pacifique (C.-B.) (qui prend fin) le 30 juin 2003	✓		
• Réunion de promotion de la santé visant à promouvoir une utilisation sûre et efficace de l'inhalothérapie		✓	

5.2 Partenariat fédéral pour les soins de santé - Résumé des contributions ministérielles

MINISTÈRE	Total des contributions du Secrétariat du PFSS et des ministères (y compris les salaires, les services professionnels, la formation, le fonctionnement et l'entretien et les déplacements)		
	2002-2003	2003-2004	2004-2005
SCC	38 000 $	45 000 $	65 000$
MDN	53 375 $	98 000 $	91 000 $
SC	590 750 $	686 350 $	806 318 $
GRC	58 125 $	87 000 $	107 300 $
ACC	218 750 $	255 375 $	$285 000 $
TPSGC	100 625 $	121 000 $	121 000 $
CT	7 700 $	7 700 $	7 700 $
CIC	4 687 $	0 $	0,00 $
ACDI	4 687 $	0 $	0,00 $
BCP	5 626 $	0 $	0,00 $
Total des contributions ministérielles	1 082 325 $	1 300 425 $	1 483 318 $
Coûts - Secrétariat du PFSS	1 016 000 $	1 141 000 $	1 096 000 $
Coûts totaux - PFSS	2 098 325 $	2 441 425 $	2 579 318 $

Les contributions des ministères sont déterminées en évaluant le temps consacré par leur personnel aux activités du PFSS (converti en crédits salariaux) et les dépenses relatives à la réalisation des programmes, notamment les déplacements, le fonctionnement et l'entretien, les services professionnels et ainsi de suite. Le plan d'activités de l'ICSS (maintenant le PFSS) de 2001-2004 prévoyait que Santé Canada affecterait au PFSS les coûts liés à la mise sur pied du Comité fédéral de pharmacologie et de thérapeutique ainsi que de son comité consultatif fédéral des soins dentaires. Cela explique la contribution considérablement plus élevée de Santé Canada par rapport à celles des autres ministères partenaires.

Annexe A : Tableau récapitulatif des activités

Activités	Achevées en 2004-2005	En cours	Économies annuelles (prévisions entre parenthèses)
Services d'audiologie			
• Renouvellement prévu de l'entente avec la CAEA - 2 novembre 2004	✓		**11 850 036 $** (11 113 750 $)
• Examen et analyse conjoints en vue d'une plus grande normalisation entre les partenaires		✓	
Services dentaires			
• Norme commune relative aux honoraires versés pour soins dentaires :			**ACC pourrait faire état d'économies dans ce secteur de programme** (725 000)
• Mise en oeuvre des modifications du programme afin d'atteindre une norme commune relative aux honoraires pour soins dentaires	**Achevée**		
• Comité consultatif fédéral des soins dentaires :			
• Examen des activités	**Achevée**		
• Examen du mandat			
Inhalothérapie			
• Conventions d'offre à commandes (COC) visant l'inhalothérapie :			
• Étendre la COC visant l'inhalothérapie à la région des Prairies		✓	**1 510 000 $** (1 900 000 $)
• Analyser les possibilités d'étendre la COC visant l'inhalothérapie à d'autres régions et élargir, selon le cas		✓	
• Renégocier la COC de la région du Pacifique (C.-B.) (qui prend fin) le 30 juin 2003	✓		
• Réunion de promotion de la santé visant à promouvoir une utilisation sûre et efficace de l'inhalothérapie		✓	

Activités	Achevées en 2004-2005	En cours	Économies annuelles (prévisions entre parenthèses)
Produits et services pharmaceutiques			
• Participation au groupe de travail F-P-T sur l'approvisionnement en vaccins et au groupe F-P-T d'achat de médicaments en vrac de TPSGC		✓	165 000 $
• Services cognitifs - Réunion visant une meilleure compréhension des services cognitifs et une approche commune en matière de paiement		✓	
• Négociations conjointes - Examen des besoins en matière de négociations conjointes, examen du statut des ententes et examen d'autres possibilités		✓	**2 215 000 $** (3 700 000 $)
- Établissement d'un calendrier de négociations		✓	
- Renégociation de l'entente avec la Saskatchewan sur les produits et services pharmaceutiques (toujours en cours au 31 mars 2005)		✓	
• Comité fédéral de pharmacologie et de thérapeutique : - Examen des activités afin de tenir compte du processus commun d'examen des médicaments (PCEM), des produits de santé naturels et des recommandations du Bureau du vérificateur général (BVG)		✓	
Soins de la vue			
• Ententes conjointes - Renouvellement de l'entente avec les provinces de l'Atlantique	✓		**64 947 $**
- Élaboration d'une première entente avec le Québec	✓		(1 495 172 $)
- Prolongation du plafond sur les frais en Alberta	✓		
- Prolongation du plafond sur les frais en Saskatchewan	✓		
- Stratégie commune de négociation tripartite en Saskatchewan	✓		
Fournitures et matériel médicaux			
• Programme de recyclage de matériel spécial - Expansion du programme d'ACC à la région des Prairies	✓		**3 601 625 $**
- Intégration de SC au projet pilote de la C.-B.	✓		
- Renégociation de l'offre à commandes principale et régionale (OCPR) dans la région du Pacifique	✓		(4 850 000 $)
- Renforcement du programme de l'Ontario		✓	
- Renforcement des cadres de travail afin d'atteindre le nombre maximal d'adhésions de la part des autres régions et ministères		✓	

Technologies de l'information et des communications sur la santé • Détermination et synthèse de l'information concernant les systèmes d'information sur la santé du PFSS • Définition des exigences communes, des perspectives de collaboration, échange des leçons tirées ou des solutions éprouvées et élaboration de plans et activités pouvant donner lieu à des économies d'échelle qui ne seraient pas réalisées par des ministères agissant seuls • Examen des normes pancanadiennes proposées, détermination des exigences fédérales qui devraient y être intégrées • Conseils et orientation à l'intention des ministères concernant la mise en oeuvre des normes pancanadiennes et communication de l'information sur l'élaboration des normes à leurs services respectifs • Coordination de l'élaboration et de la mise en oeuvre de stratégies d'investissement entre les ministères membres du PFSS et les administrations provinciales et territoriales par l'intermédiaire du Secrétariat du PFSS et d'Inforoute • Intégration de l'information des groupes de travail sur l'informatique de la santé à la stratégie fédérale de la cybersanté • Soutien des activités du groupe de travail chargé de la gestion de l'information sur la santé • Création d'un poste de dirigeant principal de l'information (DPI) et de groupes de travail permanents	✓	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓	(0 $)
Promotion de la santé • Suivi du programme de prévention de la perte auditive • Réunion préliminaire sur l'inhalothérapie dans le cadre de la promotion de la santé	Les priorités ministérielles ont changé de sorte que cette activité n'a pas eu lieu		(0 $)

Activités	Achevées en 2004-2005	En cours	Économies annuelles (prévisions entre parenthèses)
Coût des services médicaux et hospitaliers • Examiner les coûts des services des médecins et ceux des établissements hospitaliers et autres appartenant aux provinces ou gérés par elles • Examiner les coûts des services d'ambulance, des laboratoires, des cliniques privées, des cliniques spécialisées (frais des services diagnostiques)	Les priorités ministérielles ont changé de sorte que cette activité n'a pas eu lieu		(100 000 $)
Gestion axée sur les résultats • Examen du plan de travail 2004-2005 • Colloque sur la formation en matière de négociation pour les ministères partenaires	 ✓ ✓		(0 $)
Économies totales réalisées au cours de l'exercice 2004-2005 dans le cadre des activités menées à terme			**19 406 608 $ (23 883 922 $)**

[1] *Prévisions des économies des programmes selon le plan d'activités du Partenariat fédéral pour les soins de santé pour la période 2004-2007*

ANNEXE B : TABLEAUX DES INDICATEURS DE RENDEMENT

OBJECTIF du secteur d'activités 1 : Négociations et achats collectifs (Résultat stratégique visé : réduction et endiguement des coûts, sans compromettre la qualité des soins dispensés à la clientèle fédérale).

Secteurs d'activités	Extrants	Population cible/ portée	Effets à court terme	Incidences à long terme
Conventions d'achat visant les fournitures et services d'audiologie, les soins dentaires, les médicaments et les vaccins, l'inhalothérapie, les soins de la vue	Protocole d'entente/COC de fournitures et de services	Les ministères et leur clientèle	Rationalisation opérationnelle Meilleur accès Réduction des coûts	Réduction et endiguement des coûts sans compromettre la qualité des soins
Négociation visant les produits et services d'audiologie, l'inhalothérapie, l'assurance-médicaments et les soins de la vue Atelier sur les techniques de négociation	Ententes avec les fournisseurs Meilleures négociations, meilleure préparation et plus grand succès	Les ministères et leur clientèle	Réduction des coûts Maintien de la qualité des produits et des services	Réduction et endiguement des coûts sans compromettre la qualité des soins
Mesures	Mise en place de COC, de contrats et d'ententes	Utilisation de COC, de contrats et d'ententes par les partenaires Renégociation des ententes périmées	Comparaison des prix découlant de COC, de contrats et d'ententes (Rétroaction de la clientèle) Opinions des gestionnaires de programme et des fournisseurs	Économies d'ordre administratif par rapport à la réduction ou à l'endiguement des coûts prévus Dépenses réelles par rapport aux dépenses prévues Information sur l'analyse coûts-avantages du programme Qualité des produits et des services Connaissance et compréhension des pratiques de l'industrie
Sources de données	Dossiers de TPSGC et des ministères Établissement des dates d'expiration des contrats Rapports annuels Systèmes de gestion des rapports	Relevés d'opérations des administrateurs des demandes de règlement Tenue de l'échéancier Registres ministériels des achats	Relevés d'opérations des administrateurs des demandes de règlement Entrevues avec les gestionnaires de programme Prévisions ministérielles de l'incidence des dépenses Registres ministériels des achats	Dossiers des ministères Données du SIG Entrevues avec les gestionnaires de programme

ANNEXE B : TABLEAUX DES INDICATEURS DE RENDEMENT

OBJECTIF du secteur d'activités 2 : Activités de gestion conjointe de programmes (Résultat stratégique visé : meilleure coordination entre tous les partenaires du PFSS).

Activités	Extrants	Population cible/portée	Effets à court terme	Incidences à long terme
Élaboration de politiques visant l'assurance-médicaments, les soins dentaires, les soins de la vue, l'audiologie, l'inhalothérapie Établissement du comité fédéral de pharmacologie et de thérapeutique et du CCSD fédéral Traitement normalisé des demandes Dossiers de santé électroniques, recyclage du matériel	Politiques relatives aux programmes, fichiers de barèmes, meilleur contrôle de la qualité des formulaires et rapports de traitement des demandes, vérification des fournisseurs et des administrateurs des demandes de règlement, liens entre les dossiers de soins de santé, recyclage et répertoriage du matériel médical Recommandations de principe	Les ministères et leur clientèle	Échange de renseignements Participation accrue aux décisions ministérielles Plus grande cohérence entre les politiques des ministères	Meilleure coordination entre tous les partenaires du PFSS
Mesures	Établissement de politiques Formulation de recommandations Mise en place de systèmes d'information	Utilisation des données/formulaires de demande par les ministères Application de recommandations / politiques par divers ministères	Niveau de sensibilisation et de connaissances Opinions des gestionnaires de programme	Sensibilisation aux divergences et aux points communs. Élaboration et analyse de politiques conjointes Ententes visant les achats collectifs de fournitures et de services Prestation conjointe de services
Sources de données	Comptes rendus des comités Rapports des groupes de travail Rapports des sous-comités Rapports annuels du PFSS	Dossiers des ministères Relevés d'opérations et rapports des administrateurs des demandes de règlement Entrevues avec les gestionnaires de programme	Entrevues avec les gestionnaires de programme	Entrevues avec les gestionnaires de programme Dossiers des ministères Données du SIG

ANNEXE C : DÉPENSES DES MINISTÈRES PAR SECTEUR DE PROGRAMME

Remarque : Les chiffres soulignés sont des totaux dont la somme comprend de données non disponibles.

MINISTÈRE	DÉPENSES LIÉES AUX SERVICES D'AUDIOLOGIE (en millions de dollars)					
	2002-2003		2003-2004		2004-2005	
	Nombre de clients	M$	Nombre de clients	M$	Nombre de clients	M$
SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA	12650	S/O	12650	0.4	12623	0.43
SANTÉ CANADA	735343	2.65	749825	2.33	764523	2.37
DÉFENSE NATIONALE	91 936**	S/O	91 465**	0.74	91 534**	0.59
GENDARMERIE ROYALE DU CANADA	15980	S/O	16238	S/O	16 625 + 3 700	0.42
ANCIENS COMBATTANTS	120000	23.4	133000	36.4	132000	36.9
TOTAL	975909	26.05	1003178	39.89	1021005	40.71

MINISTÈRE	DÉPENSES LIÉES AUX SOINS DENTAIRES (en millions de dollars-incluant les fournitures et les services)					
	2002-2003		2003-2004		2004-2005	
	Nombre de clients	M$	Nombre de clients	M$	Nombre de clients	M$
SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA	12650	2.9	12650	2.8	12623	2.8
SANTÉ CANADA	735343	131	749825	134.5	764523	140.3
DÉFENSE NATIONALE	91 936**	11.9	91 465**	18.6	91 534**	19.4
GENDARMERIE ROYALE DU CANADA	15980	7.8	16238	8.53	16 625+ 3 700	9.1
ANCIENS COMBATTANTS	120000	17.5	133000	18.1	132000	19.3
TOTAL	975909	171.1	1003178	182.5	1021005	190.9

MINISTÈRE	DÉPENSES LIÉES À L'INHALOTHÉRAPIE ET DÉPENSES CONNEXES (en millions de dollars)					
	2002-2003		2003-2004		2004-2005	
	Nombre de clients	M$	Nombre de clients	M$	Nombre de clients	M$
SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA	12650	S.O.	12650	S.O.	12623	S.O.
SANTÉ CANADA	735343	2.02	749825	1.95	764523	2.27
DÉFENSE NATIONALE	91936**	0.46	91465**	0.609	91534**	0.614
GENDARMERIE ROYALE DU CANADA	15980	S/O	16238	0.16	16625+ 3700	0.18
ANCIENS COMBATTANTS	120000	5.6	133000	5.6	132000	5
TOTAUX	975909	8.08	1003178	8.32	1021005	8.06

MINISTÈRE	DÉPENSES LIÉES AUX PRODUITS ET SERVICES PHARMACEUTIQUES (en millions de dollars) (INCLUANT TOUS LES MÉDICAMENTS ET COÛTS CONNEXES, LES FOURNITURES ET LE MATÉRIEL MÉDICAUX, LE FONCTIONNEMENT ET L'ENTRETIEN)					
	2002-2003		2003-2004		2004-2005	
	Nombre de clients	M$	Nombre de clients	M$	Nombre de clients	M$
SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA	12650	13.6	12650	17	12623	17,2 (AC)
SANTÉ CANADA	735343	290.1	749825	326.98	764523	343.9
DÉFENSE NATIONALE***	91 936**	21.8	91 465**	31.5	91 534**	36.9
GENDARMERIE ROYALE DU CANADA	15980	6.5	16238	7.5	16 625+ 3 700	7.7
ANCIENS COMBATTANTS	120000	106.7	133000	111.2	132000	118.3
TOTAUX	975909	438.7	1003178	494.18	1021005	524

MINISTÈRE	DÉPENSES LIÉES AUX SOINS DE LA VUE (EN MILLIONS DE DOLLARS)					
	2002-2003		2003-2004		2004-2005	
	Nombre de clients	M$	Nombre de clients	M$	Nombre de clients	M$
SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA	12650	0.53	12650	0.41	12623	0.4
SANTÉ CANADA	735343	22.26	749825	24.42	764523	24.6
DÉFENSE NATIONALE	91 936**	2.2	91 465**	2.6	91534	2.2
GENDARMERIE ROYALE DU CANADA	15980	1	16238	1.14	16 625+ 3 700	1.2
ANCIENS COMBATTANTS	120000	6	133000	6.1	132000	6.1
TOTAUX	975909	31.99	1003178	34.67	1021005	34.5

Remarques

** MDN : les clients admissibles comprennent les membres de la Force régulière, des Réserves et du Service extérieur.
***MDN : dans le cas des dépenses liées aux produits et services pharmaceutiques, les données correspondent à la valeur des produits et services achetés par les FC chaque année et aux coûts engagés dans les contrats avec des pharmaciens. Les dépenses ne comprennent pas la valeur des services offerts dans les bases par les pharmaciens militaires. Il se peut donc que les coûts soient sous-évalués. En outre, le montant indiqué pour les produits et services pharmaceutiques comprend les médicaments achetés pour l'inventaire, mais qui n'ont pas encore été remis à des patients.

Le Programme fédéral de santé intérimaire de CIC sert environ 100 000 clients admissibles, et ses dépenses sont évaluées à 50 millions de dollars.

Les dépenses totales du programme des produits et services pharmaceutiques comprennent les médicaments délivrés sur ou sans ordonnance, les fournitures et le matériel médicaux, les frais de fonctionnement et d'entretien.